Nr. 50. 9. grudnia 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Tadeusz WICZYŃSKI, Lwów.
Dr. Jerzy KRZYŻANOWSKI, St. asystent kliniki.

Czy należy odcięcie nadpochwowe macicy zastąpić całkowitem jej wycięciem *)?

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. Kazimierz Bocheński.

Akta dotyczące wzajemnej konkurencji nadpochwowego odcięcia i całkowitego wycięcia macicy jeszcze i dziś nie przedstawiają martwego materjału historycznego, lecz przeciwnie wiele szczegółów w aktach tej polemiki zanotowanych, stanowi do dziś dnia pytania dla chirurgji jamy brzusznej bardzo interesujące a przedewszystkiem zawsze jeszcze bardzo żywotne. Pochodzi to stąd, że tło wzajemnego konkurowania tych zabiegów operacyjnych w całym ich rozwoju historycznym jest prawie takie same, a tylko w miarę ich doskonalenia zmieniają się szanse raz na korzyść jednej innym razem na korzyść drugiej operacji. Z czasem okazało się, że ta zmienność szans zależy nietylko od samego doskonalenia techniki operacyjnej, lecz przedewszystkiem od stawiania względnie rozszerzania wskazań do tych zabiegów operacyjnych. Dla oświetlenia powyższego faktu wystarczy w miejsce bardzo interesującego, niemniej jednak wychodzącego poza ramy niniejszego artykułu rozwoju historycznego tych operacyj, podać jeden tylko przykład z tego rozwoju zaczerpnięty. A mianowicie: Umiejętność takiego zaopatrzenia kikuta macicy, aby pozostawiony w jamie brzusznej nie przedstawiał niebezpieczeństwa zakażenia otrzewnej, spowodowała Bardenheuera (1881) do wykonania przy włókniakach macicy całkowitego jej wycięcia, stosowanego już od kilku lat wstecz przy raku szyjki macicy (W. A. Freud 1878). Usuwając kikut macicy jako źródło zakażenia otrzewnej, uzyskano oczywiście wyniki lepsze przy całkowitem wycięciu macicy, niż przy nadpochwowem jej odcięciu — wykonanem bez pokrycia kikuta otrzewną, a więc przy pozostawieniu go w obrębie jamy otrzewnowej. Gdy jednak w niedługi czas potem wprowadzono zaotrzewnowe zaopatrzenie kikuta, szanse przechyliły się z powrotem na korzyść odcięcia macicy, jako zabiegu technicznie łatwiejszego, dla chorej lżejszego a nie kryjącego w sobie niebezpieczeństwa dla otrzewnej już nie ze strony niezaopatrzonego kikuta macicy, lecz ze strony pochwy otwieranej przy całkowitem wycięciu macicy.

Okazało się jednak dalej, że powyższe walory nadpochwowego odcięcia macicy mają znaczenie tylko dla przypadków włókniako - mięśniaków „czystych" t. zn. nie powikłanych sprawami zapalnemi w nich samych lub w ich otoczeniu, gdyż dla przypadków „nieczystych" całkowite wycięcie macicy stanowi przecież zabieg dający lepsze wyniki, a to właśnie wskutek możności wskazanego w tych przypadkach szerokiego drenowania jamy otrzewnowej przez otwartą pochwę.

Bezwzględne wydoskonalenie techniki operacyjnej w ostatnich dwu dziesiątkach lat przyniosło nam coraz szersze stosowanie całkowitego wycięcia macicy na niekorzyść nadpochwowego jej odcięcia, tak, że obecnie jesteśmy świadkami tendencji wyeliminowania tego ostatniego zabiegu wogóle z chirurgji jamy brzusznej, jako zabiegu „niechirurgicznego", przestarzałego. Tendencja ta znalazła wyraz w zapoczątkowanej w wiedeńskiem towarzystwie ginekologicznem dyskusji na temat porównania wartości obu wymienionych operacyj. Dyskusja ta, z której echem spotykamy się w piśmiennictwie światowem także poza Wiedniem, wykazuje, że, tak jak zarzuty czynione jednej, czy też drugiej operacji przez dwa zwalczające się obozy, nie zostały w zupełności obalone, tak i zalety obu zabiegów nie są dla ogółu przypadków bezwzględnie wystarczające. Stąd pochodzi, że wielu autorów staje dziś na stanowisku pośredniem stosowania przy włókniakach macicy i jednej i drugiej operacji pod warunkiem odpowiedniego doboru przypadków. Tego pośredniego stanowiska nie podziela obok niewielu innych głównie Weibel, obecnie przedstawiciel pierwszorzędnej szkoły operacyjnej wiedeńskiej (Wertheim); na podstawie znacznego materjału operacyjnego II Kliniki wiedeńskiej z lat 20 Weibel dochodzi do skrajnego wniosku, że odcięcie nadpochwowe macicy należy wogóle zarzucić a wykonywać w miejsce jego zawsze całkowite wycięcie macicy. Stanowisko swe usprawiedliwia Weibel pozytywnie doskonałymi wynikami, jakie wspomniana klinika wykazuje po całkowitem wycięciu macicy i negatywnie gorszymi wynikami po odcięciu nadpochwowem. Obok pewnego autorytetu szkoły Wertheima, nadającej w znacznym stopniu ton ginekologji operacyjnej ostatnich dwu dziesiątków lat, tkwi dla nadpochwowego odcięcia macicy niebezpieczeństwo w cyfrach statystycznych przez Weibla podanych, których szczegółowo nie cytujemy, odsyłając czytelnika do odnośnych prac i sprawozdań. Jedno wszakże zestawienie jest tak uderzające, że trudno je pominąć nawet w ramach naszego artykułu. Weibel podaje śmiertelność ogólną przy całkowitem wycięciu macicy na **2,4%**, a przy nadpochwowem jej odcięciu na **4,25%**. Gdybyśmy nie wniknęli głębiej w jakość przypadków powyższemi cyframi objętych, to różnica cyfr jest tak uderzająca, że „z powodu prawie dwukrotnie większej śmiertelności przy nadpochwowem odcięciu macicy należałoby zabieg ten w zupełności zarzucić na korzyść całkowitego jej wycięcia". Tak mówi Weibel. Gdy się jednak cyfry te bliżej rozpatrzy, to widzimy, że tak znaczna różnica odsetków śmiertelności jest tylko pozorna, gdyż podobnie, jak mały odsetek śmiertelności, przy całkowitem wycięciu macicy pochodzi wyłącznie od przypadków bezwzględnie „czystych" temu zabiegowi poddanych, tak znów odsetek śmiertelności przy nadpochwowem odcięciu macicy zwiększyć się musi przez włączenie do statystyki przypadków „nieczystych", wychodzących poza kompetencję tej operacji a więc niesłusznie tym sposobem operowanych.

To też nic dziwnego, że pozornie tak uderzająca różnica odsetków zatrze się w znacznym stopniu, nawet w zestawieniu Weibla, przy rozdziale przypadków poddanych jednemu i drugiemu zabiegowi operacyjnemu na czyste i nieczyste. Nic także dziwnego, że tak właśnie budując swe zestawienia inni autorzy wiedeńscy jak Peham, Halban, Tandler, Latzo, Bauer, Amreich, Fleischman i inni pozostali we wspomnianej dyskusji nadal zwolennikami odcięcia nadpochwowego macicy a różnią się tylko wobec Weibla zasadniczo, a między sobą w szczegółach, co do granic kompetencji tego zabiegu operacyjnego.

Tak Weibel jako przedstawiciel skrajnego zapatrywania, że odcięcie nadpochwowe macicy powinno wogóle przejść do historji, jak i ci liczni jeszcze autorowie, wśród których spotykamy się z. bardzo poważnemi nazwiskami, a którzy pozostali nadal zwolennikami tej operacji, opierają się w dyskusji nietylko na samych odsetkach śmiertelności, lecz i na innych momentach, jak technika operacyjna, powikłania pooperacyjne, późniejsze następstwa operacji i t. d. Przy bezcelowości powtarzania odpowiednich zestawień statystycznych, nadmienić tylko wypada, że przeciwnicy odcięcia nadpochwowego podnoszą, jako wady tego zabiegu częstość wysięków pooperacyjnych, zakrzepów zapalnych w żyłach, zwyrodnienia rakowatego w kikucie i t. d. Zwolennicy zaś stosowania tego zabiegu podnoszą takie jego zalety, jak łatwiejszą technikę operacyjną i co za tem idzie, krótkość trwania zabiegu, możność utrzymania podstawy miednicy małej i t. d., a twierdzą, że rak w kikucie nie wydarza się częściej, aniżeli bez poprzedniej operacji.

Gdy pierwsi (głównie Weibel) nie uznają trudniejszej techniki operacyjnej przy całkowitem wycięciu macicy, to drudzy podnoszą znów jako wadę tego zabiegu następowy zanik i pochodzącą stąd lejkowatość pochwy i t. d. To wszystko świadczy o tem, że sprawa powyższa jest jeszcze ciągle żywotna, a doskonałym wyrazem jej żywotności jest fakt, że w samem wiedeńskiem Towarzystwie ginekologicznem była ona w ciągu ostatnich kilku lat przedmiotem aż trzech obszernych dyskusyj (z powodu wykładów Weibla, Pehama i Amreicha) a z echem jej spotykamy się w odpowiedniem piśmiennictwie poza Wiedniem (Thomson, Ott, Warnekros, Zubrzycki i inni).

II.

Niewątpliwie statystyka nie należy do idealnych metod naukowych i w jej niedomaganiach — zdaje się — tkwi przyczyna rozbieżności wniosków, do jakich doszli rozmaici a przecież miaro-

---

*) Według wykładu wygłoszonego w sekcji ginekologicznej XII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie.

dajni autorowie podczas ostatnich dyskusyj na omawiany temat. Niedomagania te na tem polegają, że, aby obliczeniom statystycznym, o ile możności nadać moc ścisłych dowodów, należy się posługiwać jak najbardziej ścisłemi kryterjami materjału obliczeniom poddanego. W naszej sprawie o tę ścisłość kryterjów jest właśnie bardzo trudno, gdyż dotyczą one nietylko jakości porównywanego materjału, lecz i techniki operacyjnej, która przecież w poszczególnych zakładach operacyjnych co do wielu szczegółów może się różnić.

Jeżeli więc przyjmiemy, że autorowie wiedeńscy poddali swym obliczeniom jednakowo „oczyszczony" materjał, to przyczyny rozbieżności wniosków końcowych musielibyśmy się dopatrywać właśnie w odmiennej technice operacyjnej. Stąd pochodzi zrozumiała niechęć do opierania się na obcych statystykach a zarazem tendencja w poszczególnych zakładach do tworzenia własnych zestawień, opartych na ścisłych kryterjach dla danego zakładu miarodajnych.

Ta właśnie chęć wyrobienia sobie własnego sądu w sprawie aktualnego dziś pytania, *czy należy odcięcie nadpochwowe macicy w zupełności zarzucić, czy też ma ono i dziś jeszcze dla pewnych przypadków swoją rację,* spowodowała nas do przeglądnięcia odpowiedniego materjału kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej.

Aby odpowiedzeć warunkom jednolitej techniki operacyjnej, zużyliśmy materjał kliniczny tylko od roku 1912 t. j. od czasu, gdy tak zasady przyjętej u nas techniki operacyjnej, jak i prawidła rozgraniczenia przypadków poddanych odcięciu nadpochwowemu macicy od przypadków, w których wykonano całkowite wycięcie macicy, zupełnie się ustaliły.

Ilość naszych przypadków jeszcze i tem została ograniczona, że, przy krytycznej ocenie wszystkich dotyczących historyj chorób, wybraliśmy do naszych zestawień tylko przypadki zupełnie pewne, a odrzuciliśmy wszystkie historje chorób wykazujące jakiekolwiek, choćby najmniejsze wątpliwości co do notatek dla odpowiedzi na nasze pytania potrzebnych.

Okoliczność ta tłumaczy, dlaczego z obfitego materjału klinicznego wybraliśmy stosunkowo tak małą liczbę przypadków. Dla ścisłości dodajemy, że owe niepewne i odrzucone historje chorób pochodzą z lat wojennych, kiedy z powodu braku odpowiedniego materjału lekarskiego czynne były w klinice skąpe i niezupełne ukwalifikowane siły lekarskie.

Materjał nasz dotyczy łącznie *323 przypadków odcięcia nadpochwowego i całkowitego wycięcia macicy;* w tem 240 przypadków było operowanych z powodu włókniako-mięśniaków macicy, a 83 przypadków z powodu zmian zapalnych przydatków macicy. Z 240 przypadków włókniako-mięśniaków macicy 176 były to tzw. „czyste" a 64 tzw. „nieczyste", tj. powikłane czy to zropieniem samych guzów, czy też sprawami zapalnemi przydatków macicy, lub zapaleniem otrzewnej, wysiękami w przymacicznach itd.

Co się tyczy kryterjów, na podstawie których staraliśmy się wyciągnąć wnioski co do zalet względnie wad jednego z dwóch będących w temacie zabiegów operacyjnych, to stawiając na pierwszem miejscu dokładne sprecyzowanie jakości przypadków, staraliśmy się oprócz ostatecznego wyniku danej operacji, wyrażonego odsetkiem śmiertelności, uwzględnić także przebieg pooperacyjny. W tym ostatnim uwzględniliśmy: objawy ze strony otrzewnej, ze strony narządów oddechowych, zgojenie przez rychłozrost względnie przez ziarninowanie, zgrubienie w wewnętrznej bliźnie pooperacyjnej, względnie wyraźny wysięk w polu pooperacyjnem, pooperacyjne zapalenie żył, wreszcie termin wyjścia chorej, jako uzdrowionej z kliniki. Odnośnie do dwóch pierwszych kryterjów przebiegu pooperacyjnego uwzględnialiśmy i termin ich trwania, przyczem co do pierwszego z nich t. j. objawów ze strony otrzewnej świadomi byliśmy faktu, że często trudno jest dokładnie oddzielić istotne objawy zapalenia wzgl. zapalnego podrażnienia otrzewnej od samego tylko pooperacyjnego porażenia jelit. Tu właśnie, obok stopnia nasilenia, również i termin trwania objawów ma znaczenie dla oceny nie tylko danego przypadku, lecz także, przy zestawieniu większego materjału, i dla oceny danego zabiegu operacyjnego. Objawy ze strony narządu oddechowego i to od podrażnienia grubych oskrzeli, poprzez zapalenie drobnych oskrzelików aż do wyraźnego ogniskowego zapalenia płuc, mogą być oczywiście sporadycznie rzeczą przypadku, sądzimy jednak, że większy ich odsetek po jednej z dwu konkurujących ze sobą operacji przemawia na jej niekorzyść, choćby nawet nie wynikał on wprost ze samej jakości danej operacji, lecz z dłuższego jej trwania. Co do dalszego kryterjum, a mianowicie zgojenia lub nie zgojenia się rany brzusznej przez rychłozrost, to poza przypadkowością, którą przy rozmaitych zestawieniach większego materjału z pewnem prawdopodobieństwem można wykluczyć, mniejszy lub większy odsetek jednego lub drugiego sposobu zgojenia się rany w tej samej kategorji przypadków (np. czystych) przemawia niewątpliwie na korzyść lub niekorzyść danego zabiegu operacyjnego. Do szczegółu tego wrócimy później. Z całą pedanterją przeglądaliśmy nasze historje chorób odnośnie do dalszych dwu kryterjów a mianowicie: wysięków w polu pooperacyjnem i pooperacyjnego zapalenia żył, a to z uwagi na to, że te właśnie dwa powikłania podnoszą przeciwnicy nadpochwowego odcięcia macicy na niekorzyść tego zabiegu. Uwzględnialiśmy wreszcie jedno jeszcze kryterjum, świadomi, że w sporadycznym przypadku może mieć ono drugorzędne znaczenie; dotyczy ono terminu opuszczenia przez nasze chore kliniki. Niemniej jednak sądzimy, że przy większych zestawieniach i to kryterjum nie jest bez znaczenia, a w każdym razie liczymy się z niem w ekonomji ruchu chorych w szczupłych naszych klinikach i oddziałach szpitalnych. Termin ten określaliśmy według trzech dat, przyczem termin wyjścia do 16 dni uważaliśmy za wyraz prawidłowego ozdrowienia chorej, termin zaś 25 dni i dłuższy za wyraz nieprawidłowego już zdrowienia chorej, znachodzącego wytłumaczenie, albo w ciężkości samego zabiegu, wyrażonej w „dłuższem przyjściu do siebie" chorej albo też w powikłaniach pooperacyjnych.

Ujęte w tablicach orjentacyjnych nasze wyniki przedstawiają się w odsetkach jak w tablicach.

Odpowiedź na zasadnicze pytanie: „Czy należy odcięcie nadpochwowe macicy wogóle zarzucić"? — dają nam te nasze zestawienia dopiero po odpowiedniem ich porównaniu. A mianowicie: Porównanie pierwszego i drugiego ich zestawienia daje nam porównanie wyników po obu operacjach dokonanych na całym naszym materjale (tabl. I.) z wynikami po tych zabiegach na materjale rozdzielonym na „czyste" i „nieczyste" (tabl. II.). Dla kontroli użyliśmy w naszych zestawieniach i innego zgrupowania materjału, w ten mianowicie sposób, aby porównać wyniki po operowaniu naszych przypadków rozdzielonych wprawdzie na czyste i nieczyste lecz bez względu na jeden z dwóch w grę wchodzących zabiegów (tabl. III.), z wynikami na taksamo rozdzielonym materjale, lecz po uwzględnieniu jakości zabiegu (tabl. IV.). W ten sposób dopiero porównanie tablicy II z I daje nam pewien obraz, w jakim stopniu dobre lub złe wyniki przy ocięciu nadpochwowem lub wycięciu całkowitem macicy, wykonanem na całym materjale, należy odnieść do jakości materjału. Podobnie dopiero zestawienie tablicy IV z III daje odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu dobre lub złe wyniki, na materjale rozdzielonym na czysty i nieczysty należy odnieść do samego zabiegu operacyjnego. Nadmienić musimy, że nie bez celu podzieliliśmy nasz materjał wedle jego jakości nie na dwie, lecz na trzy grupy, a mianowicie: 1) włókniako-mięśniaki bez powikłań — są to przypadki tak zwane „czyste", 2) włókniako-mięśniaki z powikłaniami i 3) stany zapalne przydatków macicy — są to t. zw. przypadki „nieczyste". Chodziło nam przy użyciu takiego podziału o to, aby uwypuklić na tablicach to, co podświadomie tkwi w umyśle każdego doświadczonego operatora, że wynik operacji a zatem jej wybór zależy nie od samej tylko jednostki chorobowej, lecz przedewszystkiem od jej jakości, ściśle mówiąc od jej „czystości" w znaczeniu chirurgicznem. Nasze zestawienia pouczają aż nadto wyraźnie, że włókniako-mięśniaki powikłane są pod względem szans operacyjnych bardziej zbliżone do guzów względnie spraw zapalnych przydatków macicy, aniżeli do włókniako-mięśniaków „czystych".

Szczegółowa analiza wszystkich cyfr, w naszych zestawieniach zawartych, stanowiłaby zbędny balast niniejszej pracy, tem bardziej, że już ogólny ich obraz wyraźnie przemawia nie tylko w obronie odsądzonego dziś od wartości nadpochwowego odcięcia macicy, lecz także daje nam wyraźne wskazówki co do kompetencji tego zabiegu. To ogólne wrażenie jest tak przekonywujące, że szczegóły cyfrowe służą raczej na potwierdzenie, niż na zbudowanie naszego zapatrywania. A mianowicie: Widzimy, że wysokie stosunkowo odsetki powikłań pooperacyjnych po nadpochwowem odcięciu macicy, przy porównaniu z odsetkami tychże po całkowitem jej wycięciu (tabl. I.), zmniejszają się momentalnie na korzyść nadpochwowego odcięcia, jeżeli nasz materjał operacyjny rozdzielimy na czysty i nieczysty (tabl. II.), z tem jednak zastrzeżeniem, że kompetencję tego zabiegu ograniczymy ściśle do przypadków czystych (wskazania!). Te same bowiem odsetki powikłań powiększą się po tym samym zabiegu stosowanym na materjale nieczystym. I tak np. odsetek objawów otrzewnowych wynoszący 7,5% i 5,7% (do trzech i do sześciu dni) spada do 2,6% i 3,5% dla przypadków czystych, a podnosi się do 21,2% i 12,5% dla włókniako-mięśniaków powikłanych a 12% i 8% dla spraw zapalnych przydatków macicy.. Albo np. ilość wysięków pooperacyjnych z 9,3% spada do 6,1% dla przypadków czystych a podnosi się do 12,5% przy stosowaniu nadpochwowego odcięcia macicy przy włókniako-mięśniakach powikłanych i aż do 20% przy sprawach zapalnych przydatków macicy. A na odwrót: Odsetek

Tablica I.

Operacja (Ilość przyp.)	Objawy otrzewnowe do 3 dni	Objawy otrzewnowe do 6 dni	Zapalenie oskrzeli / Zapalenie płuc do 3 dni	Zapalenie oskrzeli / Zapalenie płuc do 16 dni	Prima	Secunda	Przymacicza zgrubienie	Przymacicza naciek	Zapalenie żył	Opuściło klinikę do 16 dni	Opuściło klinikę do 25 dni	Opuściło klinikę Ponad 25 dni	Śmiertelność
Amputatio uteri suprav (172)	7,5	5,7	3,4 0,6	3,4 1,7	79,1	18,0	9,3	9,3	2,4	29,6	30,9	22,6	1,7
Extirpatio uteri totalis (151)	17,8	5,2	3,2 0	2,6 1,9	70,8	20,5	3,8	8,6	3,8	13.9	38.4	37,7	3,8

Tablica II.

Operacja	Choroba	Objawy otrzewnowe do 3 dni	Objawy otrzewnowe do 6 dni	Zapalenie oskrzeli / Zapalenie płuc do 3 dni	Zapalenie oskrzeli / Zapalenie płuc Później	Prima	Secunda	Przymacicza zgrubienie	Przymacicza naciek	Zapalenie żył	Opuściło klinikę do 16 dni	Opuściło klinikę do 25 dni	Opuściło klinikę Ponad 25 dni	Śmiertelność
Amputatio uteri supravagin	Myoma czyste 114	2,6	3,5	1,7 0,9	5,3 1,7	88,6	11,4	8,7	6,1	1,7	34,2	39,4	20,2	0,9
	Myoma nieczyste 35	21,2	12,5	6,2 0	0 0	66,3	21,2	12,5	12,5	3,1	15,2	54,4	18,1	6,2
	Adnexitis 25	12	8	8 0	0 4	52	44	8	20	4	28	16	40	0
Extirpatio uteri totalis	Myoma czyste 62	12,8	4.8	4,8 0	3,2 1,6	72,6	22,6	3,2	6,4	4,8	9,7	45,7	33,8	4,8
	Myoma nieczyste 31	35,5	9,7	0 0	0 0	80,7	16,1	3,2	6.4	3,2	16 1	45,3	32,2	3,2
	Adnexitis 58	13.8	3,4	3,4 0	3,4 3,4	63,8	22,4	5,1	12	3,4	17,2	27,8	44,8	3,4

Tablica III.

Choroba	Objawy otrzewnowe do 3 dni	Objawy otrzewnowe do 6 dni	Zapalenie oskrzeli / Zapalenie płuc do 3 dni	Zapalenie oskrzeli / Zapalenie płuc Później	Prima	Secunda	Przymacicza zgrubienie	Przymacicza naciek	Zapalenie żył	Opuściło klinikę do 16 dni	Opuściło klinikę do 25 dni	Opuściło klinikę Ponad 25 dni	Śmiertelność
Myoma czyste 176	6.2	3,9	2,8 0,5	4,4 1,6	82,9	14,7	6,8	6,2	2,8	25,5	41,4	25	2,2
Myoma nieczyste 64	28,1	10,9	3,1 0	0 0	73,4	18,7	7,8	9,2	3,1	15,6	50	25	4,6
Adnexitis 83	13,2	4,8	2,4 0	2,4 3,6	60,2	28,9	6,0	14,4	3,6	20,4	24	43,3	2,4

Tablica IV.

Choroba	Operacja	Objawy otrzewnowe do 3 dni	Objawy otrzewnowe do 6 dni	Zapalenie oskrzeli / Zapalenie płuc do 3 dni	Zapalenie oskrzeli / Zapalenie płuc Później	Prima	Secunda	Przymacicza zgrubienie	Przymacicza naciek	Zapalenie żył	Opuściło klinikę do 16 dni	Opuściło klinikę do 25 dni	Opuściło klinikę Ponad 25 dni	Śmiertelność
Myoma czyste	Amputatio 114	2,6	3,5	1,7 0,9	5,3 1,7	88,6	11,4	8,7	6,1	1,7	34,2	39,4	20,2	0,9
	Extirpatio 62	12,8	4,8	4,8 0	3,2 1,6	72.6	22,6	3,2	6,4	4,8	9,7	45,7	33,8	4,8
Myoma nieczyste	Amputatio 33	21.2	12,5	6.2 0	0 0	66,3	21,2	12,5	12,5	3,1	15,1	54,4	18,1	6,2
	Extirpatio 31	35,5	9,7	0 0	0 0	88,7	16,1	3,2	6,4	3,2	16,1	45,3	32,2	3,2
Adnexitis	Amputatio 25	12	8	8 0	0 4	52	44	8	20	4	28	16	40	0
	Extirpatio 58	13,8	3,4	3,4 0	3,4 3,4	63,8	22,4	5,1	12	3,4	17,2	27,8	44,8	3,4

zagojeń rany brzusznej *„per primam"* z 79% po nadpochwowem odcięciu bez różnicy przypadków, podnosi się na 88,6% dla przypadków czystych a spada na 66,3% i 52% dla przypadków nieczystych (włókniako-mięśniaki powikłane i sprawy zapalne przydatków). A zatem i pozytywnie znachodzimy potwierdzenie zalet nadpochwowego odcięcia macicy. Takich przykładów możemy w naszych tablicach wyczytać więcej, a odnosi się to nietylko do walorów odcięcia nadpochwowego macicy w przypadkach czystych, a wad w nieczystych, lecz także do bezwzględnych zalet całkowitego wycięcia macicy wskazanego zawsze dla wszystkich przypadków nieczystych. To ostatnie twierdzenie wyraża się przy porównaniu tabl. I i II np. w następujących cyfrach: przy stosowaniu odcięcia nadpochwowego w przypadkach nieczystych zanotowaliśmy objawy otrzewnowe do 3 dni trwające w 21,2% i 12% (włókniako-mięśniaki powikłane i sprawy zapalne w przydatkach); przy całkowitem wycięciu w takich samych przypadkach odsetek ten podnosi się wprawdzie do 35,5% i 13,8%, lecz jakże wyraźnie on spada odnośnie do objawów otrzewnowych dłużej bo 6 dni trwających: *z 12.5% i 8% na 9,7% i 3,4%!* Podniesienie się odsetka w pierwszem porównaniu (do 3 dni) odnieść może należy do następstw dłuższego trwania i otwarcia pochwy przy całkowitem wycięciu macicy, lecz spadek odsetka przy porównaniu drugiem (do 6 dni) stanowczo zawdzięczać należy całkowitemu usunięciu źródła zakażenia przy całkowitem wycięciu macicy.

Jeszcze wyraźniej widzimy potwierdzenie powyższych poglądów przy innem zgrupowaniu naszego materjału tj. nie obu omawianych zabiegów w stosunku do materjału raz całego a potem rozdzielonego (tabl. II. i I.), lecz przy porównaniu odwrotnem t. j. wyników na naszym materjale rozdzielonym i bez względu na zabieg operacyjny, z wynikami na taksamo rozdzielonym materjale lecz po uwzględnieniu jednego z dwóch zabiegów (tabl. III. i IV).

I tu nie będziemy wszystkich cyfr analizować a ograniczymy się do przykładów. I tak: odsetek objawów otrzewnowych przy włókniako-mięśniakach czystych z 6,2% i 3,9% (do 3 i 6 dni trwających) spada na 2,6% i 3,5% przy nadpochwowem odcięciu macicy a podnosi się do 12,8% i 4,8% przy całkowitem jej wycięciu. Czyż nie można z tych cyfr wyczytać, że odcięcie nadpochwowe jest dla włókniako-mięśniaków czystych zabiegiem wystarczającym i co więcej, że całkowite wycięcie macicy dwukrotnie częściej wikła przebieg pooperacyjny? A dalej: ten sam odsetek objawów otrzewnowych wynoszący w przypadkach nieczystych mięśniaków 28.1% i 10.9% (do 3 i 6 dni trwających) a przy sprawach zapalnych przydatków 13,2% i 4,8% spada przy nadpochwowem odcięciu macicy z 28,1% do 21,2% — przy mięśniakach nieczystych a z 13,2% do 12% — przy guzach przydatków, a podnosi się przy całkowitem wycięciu do 35,5% — przy mięśniakach i 13,8% — przy guzach przydatków, lecz odnosi się to tylko do objawów otrzewnowych trwających do 3 dni, bo dla dłużej trwających objawów otrzewnowych spada on wyraźnie jedynie przy całkowitem wycięciu (do 9,7% dla mięśniaków, a do 3,4% dla guzów przydatków), podczas gdy przy nadpochwowem odcięciu nawet się podnosi: z 10,9% na 12% (mięśniaki) i z 4.8% na 8% (guzy przydatków)!

Cyfry powyższe bez uprzedzeń obliczane świadczą chyba aż nadto wymownie, że dla spraw chorobowych nieczystych odcięcie nadpochwowe jest zabiegiem niewystarczającym a całkowite wycięcie macicy, odnośnie do objawów otrzewnowych dłużej trwających, daje przebieg pooperacyjny pewniejszy.

Zupełne potwierdzenie powyższego faktu widzimy także w zestawieniu cyfrowem wysięków pooperacyjnych, których odsetek po całkowitem wycięciu jest dwu- i trzykrotnie mniejszy od ich odsetka po nadpochwowem odcięciu macicy stosowanem błędnie przy jakichkolwiek sprawach zapalnych macicy i jej otoczenia (tabl. IV.). Tak samo jak przy poprzedniem porównaniu tabl. II. i I., widzimy i tu przy porównaniu tabl. III. z IV., że ilość zgojeń *„per secundam"* złożyć można na karb mylnie zastosowango zabiegu operacyjnego. Widzimy bowiem tak samo naodwrót, że *„primy"* są częstsze tam, gdzie jakość zabiegu odpowiada jakości przypadku pod względem jego czystości. A więc: z 82,9% przy wszystkich operowanych czystych włókniako-mięśniakach, podnosi się ilość *„primi"* na 88,6% dla nadpochwowego odcięcia macicy, a spada na 72,6% dla mylnie tu zastosowanego całkowitego wycięcia. I znów naodwrót: z 73,4% i 60,2% (mięśniaki nieczyste i guzy przydatków) spada na 66,3% i 52% dla nadpochwowego odcięcia, a podnosi się na 80,7% i 62.8% dla słusznie tu zastosowanego całkowitego wycięcia, i t. d. i t. d.

Przy dalszem analizowaniu naszych tablic widzimy, że także pod względem zapaleń pooperacyjnych żył, powikłań ze strony narządów oddechowych, jak i późnego zdrowienia chorych — nie można obwiniać nadpochwowego odcięcia macicy, chyba po mylnem stosowaniu tego zabiegu przy sprawach „nieczystych".

Osobnego omówienia wymagają odsetki śmiertelności. nie dlatego, jakobyśmy odnośnym cyfrom naszych tablic przyznawali bezapelacyjną pewność. Przeciwnie uznajemy, że tu właśnie, mimo

że są to cyfry najważniejsze, „statystyka“ mogłaby prowadzić na manowce. Są to bowiem cyfry tak małe, że przypadkowość mogłaby odgrywać zbyt wielką rolę. Gdy przy zestawieniu powikłań mieliśmy, w stosunku do ogólnej ilości naszych chorych (liczonej już na setki), do czynienia z cyframi dziesiątkowemi, to tu przy jednostkach a nawet ułamkach — jeden przypadek mógłby zbyt silnie przesuwać cały obraz, aby móc z tych jednostek względnie ułamków wyciągać zbyt pewne wnioski. — Z tem więc zastrzeżeniem czytając naszą tablicę IV, widzimy, że odsetek śmiertelności przy włókniako-mięśniakach czystych jest prawie pięciokrotnie mniejszy po nadpochwowem odcięciu macicy, niż po całkowitem jej wycięciu. A naodwrót przy włókniako-mięśniakach nieczystych odsetki te przemawiają na korzyść całkowitego wycięcia macicy. Odmienne zaś zachowanie się tych cyfr przy sprawach zapalnych przydatków nie przemawia mimoto na korzyść stosowania nadpochwowego odcięcia macicy przy tych sprawach, lecz tu właśnie skłonni jesteśmy przyjąć tę szczęśliwą dla naszych chorych przypadkowość, wyrażoną w odsetku śmiertelności = 0%. Pamiętamy jednak, że ogólna liczba tych przypadków jest stosunkowo niewielka (25), mogła to więc być serja szczęśliwych przypadków, poczem już jeden tylko przypadek śmiertelny mógłby wydatnie statystykę przesunąć.

III.

Stając w pośrodku między zbytnim optymizmem a skrajnym sceptyzmem, jesteśmy świadomi faktu, że nie możemy dla naszych wniosków, na statystyce opartych, arogować praw przysługujących ścisłym pewnikom naukowym. Niemniej jednak musimy podkreślić trzy momenty cechujące nasze badania i wyniki:

1) Kwestjonarjusz nasz układaliśmy nieco odmiennie od spotykanych w odnośnem piśmiennictwie;

2) Pomimo to nasze wyniki pokrywają się cyfrowo z wynikami większości tych autorów, którzy pozostali nadal zwolennikami odcięcia nadpochwowego macicy;

3) Końcowe nasze wnioski zawierają w sobie zasady przyjęte przez większość operatorów niejako podświadomie, bo na podstawie doświadczenia — bez zestawień cyfrowych.

Wobec powyższych trzech momentów jesteśmy skłonni przyjąć, że w naszej pracy statystyka oddała nam istotne usługi, jako pomocnicza metoda badań naukowych i skłonni jesteśmy zgodnie z otrzymanemi cyframi ująć nasze wyniki w następujących uwagach i wnioskach:

1. Odcięcie nadpochwowe macicy jest w granicach nakreślonych mu wskazań operacją prawie doskonałą. Wskazania te stanowią:

a) Włókniako-mięśniaki „czyste“ t. j. niepowikłane sprawami zapalnemi w macicy wzgl. w nich samych, lub w otoczeniu macicy.

b) Przebicia macicy niezakażonej i bez ubocznych uszkodzeń, jak uszkodzenie jelit, pęcherza moczowego i t. d.

c) Niedostępne innym sposobom leczenia przypadki uporczywych, nadmiernych krwawień np. w okresie po- i przekwitania.

2. W przypadkach powikłań włókniako-mięśniaków sprawami zapalnemi i wogóle w stanach zapalnych narządu rodnego i otoczenia odcięcie nadpochwowe macicy jest operacją nieodpowiednią i lepsze wyniki daje całkowite wycięcie macicy, wskutek możności koniecznego w tych przypadkach szerokiego drenowania przez pochwę, które zezwala na odpowiadające bardziej zasadom chirurgicznym traktowanie pola operacyjnego zawierającego już w sobie samem źródło zakażenia otrzewnej czy też ogólnego.

3. Całkowite wycięcie macicy jest wskazane i w przypadkach niepowikłanych sprawami zapalnemi a to wskutek stwierdzenia wzgl. podejrzenia na bujanie złośliwe w macicy lub przydatkach a dalej wskutek samego usadowienia guzów np. w szyjce macicy, między-blaszkowo i t. p.

4. Podane jeszcze przez Schrödera, a podczas ostatnich polemik z powrotem proponowane drenowanie przez kanał pozostawionej szyjki macicy nie odpowiada zasadom chirurgicznym, gdyż w przypadkach czystych jest ono zabiegiem niepotrzebnym a w przypadkach nieczystych zabiegiem niewystarczającym.

O ile w myśl tych zasad drenowanie jest wskazane, a całkowite wycięcie macicy z jakichkolwiek przyczyn niemożliwe — racjonalniejszy zabieg stanowi drenowanie przez otwarte od strony jamy brzusznej tylne sklepienie pochwy.

5. Bezwzględne zalety nadpochwowego macicy stanowią obok powyższych także następujące momenty:

a) Zezwala ono na utrzymanie statyki narządów miednicy małej a to dlatego, że nie niszczy wszystkich fizjologicznych urządzeń statykę tę warunkujących.

b) Przez to samo nie zmienia topografji pochwy, jak to czyni całkowite wycięcie macicy, po którem pochwa staje się lejkowata, gdyż wskutek przecięcia naczyń pochwowych ulega z czasem zanikowi.

c) Pozostawia chorej świadomość zachowania części macicy, co dla psychiki operowanych ma niejednokrotnie duże znaczenie. W niektórych przypadkach zezwala ono nawet na utrzymanie krwawień miesięcznych, a to przy zastosowaniu t. zw. wysokiego odcięcia nadpochwowego z równoczesnem pozostawieniem jajników.

6. Podnoszony przez niektórych fakt częstszego występowania raka w pozostawionym kikucie, aniżeli w macicy nieoperowanej stanowi bezsprzecznie ujemną cechę nadpochwowego odcięcia macicy, uzyskanie jednak wiarygodnych cyfr statystycznych w tym kierunku wydaje się rzeczą niemożliwą wobec braku odpowiedniej kontroli własnych przypadków i zgłaszania się z rakiem kikuta przypadków obcych. Pewną część tych przypadków należy odnieść do raka istniejącego już podczas operacji nadpochwowego odcięcia macicy. W tych ostatnich przypadkach winno było być wykonane całkowite, rozszerzone wycięcie macicy; aby więc możliwość takich pomyłek usunąć, należy już podczas operacji usuniętą nadpochwowo macicę przeciąć i w razie najmniejszych wątpliwości dodatkowo usunąć kikut i ewentualnie tkankę przymaciczną wraz z gruczołami, a w każdym razie chorą poddać następowo zapobiegawczemu leczeniu energją promienistą. Tych zasad dziś się trzymamy.

Przeciw całkowitemu usunięciu każdej macicy tylko z obawy następowego raka kikuta, przemawiają także ogólne względy naszej kompetencji lekarskiej wobec chorych, gdyż nie wolno nam z obawy raka u jednostek narażać wszystkich chorych na zabieg cięższy, który wobec statystycznie udowodnionej większej śmiertelności, niż przy nadpochwowem odcięciu macicy z góry skazuje niektóre z ogółu operowanych na nieprzerwanie operacji.

Wobec powyższych uwag sądzimy, iż nadpochwowe odcięcie macicy w granicach nakreślonych mu ścisłych wskazań winno być, jako zabieg technicznie łatwiejszy a dla chorych lżejszy zachowane.

A. ŁAWRYNOWICZ, H. PIOTROWSKA, M. STANKOWSKA. Warszawa.

Nosicielstwo laseczek durowych i paratyfusowych w Warszawie.

Z Miejskiego Instytutu Higienicznego m. Warszawy.

(Na podstawie badania materjału z otoczenia chorych na dur brzuszny oraz materjału sekcyjnego z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniw. Warszawskiego i Prosektorjum Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie).

Typ epidemij duru brzusznego w miarę rozwoju inżynierji sanitarnej ulega zmianom w kierunku przewagi epidemii kontaktowych nad wodnemi. W warunkach istnienia sprawnie działających wodociągów i kanalizacji te ostatnie występować mogą tylko wyjątkowo.

W typie kontaktowym epidemij rolę główną odgrywa nie tyle człowiek chory ile nosiciel (niezależnie od tego czy przebywał on dur brzuszny, czy nie). Będąc zdrowym i zdolnym do pracy, pracując często w zakładach, wytwarzających lub sprzedających produkty spożywcze, w restauracjach i jadłodajniach, nosiciel zakażać może nie tylko bezpośrednio z nim się stykające osoby, lecz też i pośrednio — zakażając powierzchnię rozmaitych przedmiotów użytku wspólnego oraz produkty spożywcze (przykład najczęstszy — mleko). Nosiciel, nieszkodliwy w przypadku zachowywania wszystkich przepisów sanitarno-higienicznych, może niekiedy stanowić źródło stałych i licznych zachorowań.

Na rolę nosicieli w epidemjologji duru brzusznego i na walkę systematyczną z nosicielstwem zwróciły uwagę Niemcy zwłaszcza w Nadrenji i Alzacji. Skrupulatnie wykonywany wywiad o źródle zakażenia w każdym poszczególnym przypadku, połączony z wykonywaniem niekiedy obszernych badań sanitarno-higienicznych i epidemjologicznych dał możność ustalenia szeregu nadzwyczaj interesujących faktów epidemjologicznych (zestawienia systematyczne dają Geiger, Schrader, Dopter et de Lavergne).

Badania epidemjologji duru brzusznego w Polsce nie zostały rozpoczęte na skalę odpowiadającą natężeniu epidemii. My dotąd nie mamy materjałów o roli poszczególnych czynników w epidemjologji naszych epidemij. Próbę zorjentowania się w czynnikach tych czyni obecnie planowo Miejski Instytut Higieniczny m. Warszawy.

Rola nosicielstwa, jego częstość na terenach Rzeczypospolitej nie jest nam wcale znana. Liczb żadnych w tym względzie nie mamy *). Praca niniejsza, stanowiąca wynik trzyletnich systematycz-

---

*) Jedynie w pracy Owczarewicza podane są liczby Państw. Zakładu Higjeny obejmujące 1270 osób badanych w Warszawie w 1—18 miesięcy po przebyciu duru brzusznego, wśród których stwierdzono 4 nosicieli laseczek duru brzusznego. Liczby te nie mogą dać wyobrażenia o przeciętnej częstości nosicielstwa laseczek durowych w Warszawie.

nych spostrzeżeń na terenie m. Warszawy ma za zadanie ustalenie liczbowe roli nosicielstwa las. durowych w epidemjologji duru brzusznego w Warszawie.

Częstość nosicielstwa durowego można ustalić różnemi sposobami. Przeważnie w tym celu wykonywa się masowe badania ludności zdrowej danego środowiska. Ze względu na dwojakie siedlisko las. durowych u nosicieli — przewód pokarmowy i drogi moczowe — badanie winno obejmować jednocześnie kał i mocz. Wiemy dobrze, że obecna nasza metodyka wyosobniania las. durowych z kału nie daje całkowitej gwarancji otrzymanych wyników. O ile wynik dodatni decyduje bez zastrzeżeń o nosicielstwie, wynik ujemny ma wartość bardzo względną z powodu trudności metodycznych. Mimo obecności w zawartości jelitowej laseczek durowych wynik badania, nawet podczas zachorowania durowego, wypadać może niekiedy ujemnie. Nadto należy mieć na uwadze ustalony fakt okresowości wydzielania laseczek durowych przez nosicieli. Dla ustalenia nosicielstwa konieczne są często badania powtórne. Wobec tego wyniki badania bakterjologiczne kału i moczu dają nam liczby niższe od istotnych. Z punktu widzenia praktyki epidemjologicznej uważamy za zbyteczny podział osób zdrowych, wydzielających z kałem lub moczem las. durowe na: nosicieli (którzy na dur brzuszny nie chorowali i siewców (którzy niegdyś dur brzuszny przebyli). Bardzo często wywiady nie dają zadawalającej pod tym względem odpowiedzi. Dlatego też w dalszym ciągu będziemy używali tylko określenia nosiciel (jako wspólnego dla obu grup powyższych).

Dążenie do otrzymania wyników bardziej miarodajnych niż przy badaniu kału i moczu skierowało uwagę na materjał zawierający mniejszą domieszkę bakteryj jelitowych. W olbrzymiej większości przypadków nosicielstwo jelitowe las. durowych ma jako podstawę umiejscowienie się ich w drogach żółciowych. Dlatego też żółć stanowiła najodpowiedniejszy materjał do badania bakterjologicznego. Dawniej otrzymywano żółć do badania tylko podczas zabiegów operacyjnych, spowodowanych przez schorzenia pęcherzyka żółciowego (przedewszystkiem kamicę żółciową); badania w tym kierunku wykonane wykazały, że wśród drobnoustrojów znajdywanych występuje też i las. durowa.

Jednakże z natury swojej nieliczne badania, w tych warunkach wykonywane, miały małe znaczenie epidemjologiczne.

Wprowadzenie metodyki zgłębnikowania dwunastnicy ułatwiło znacznie otrzymanie zawartości pęcherzyka żółciowego, a przez to i bardziej miarodajnych wyników. W szeregu przypadków (Küster i Holtum, Morozowa i Potapenko) tą drogą dało się ustalić rozpoznanie duru brzusznego oraz nosicielstwo laseczek durowych. Naszem zdaniem, badanie żółci, otrzymanej podczas zgłębnikowania dwunastnicy, uważać należy za obowiązujące w przypadkach podejrzenia nosicielstwa po ujemnym wyniku zwykłego badania kału. Metodyka ta, z natury swojej, nie może posiadać znaczenia w przypadkach nosicielstwa, zależącego od umiejscowienia las. durowych w wyrostku robaczkowym.

O ile zgłębnikowanie dwunastnicy stanowi najlepszą metodę indywidualnego badania nosicielstwa durowego, o tyle dla badań masowych nie może ono znaleźć zastosowania (chyba tylko w postaci systematycznego badania bakterjologicznego zawartości dwunastnicy na oddziałach klinicznych i szpitalnych, co byłoby ze wszech miar pożądane). W wyniku ostatecznym dla badań masowych dotąd mamy do dyspozycji tylko zwykłe badanie kału i moczu.

Jeśli chodzi o otrzymanie możliwie dokładnych liczb nosicielstwa durowego, to drogę najpewniejszą mamy w badaniu bakterjologicznem zawartości pęcherzyka żółciowego, otrzymanej podczas sekcji zwłok. Prawda, takie badanie ma wartość wyłącznie retrospektywną, pozostaje bez znaczenia dla akcji zapobiegawczej bieżącej, może ono jednakże wyjaśnić w szeregu przypadków niezrozumiałe dotąd źródła zakażenia, dać wyobrażenie dokładne o odsetku osób, które dochodzą do kresu swego życia stanowiły, jako nosiciele, ewentualne źródło zakażenia otoczenia. Jest to najdokładniejsza w warunkach obecnych droga stwierdzenia roli nosicielstwa w epidemjologji duru brzusznego w danem środowisku.

Materjał sekcyjny — żółć — jest o wiele zdatniejszy do badania bakterjologicznego ze względu na małą zawartość drobnoustrojów (często jałowa). Nawet obecność rozkładu zwłok (z małemi wyjątkami) nie stanowi przeszkody do wykonania badania.

Wykonywując równolegle badania masowe ludności oraz badanie żółci pobieranej podczas sekcji, otrzymuje się liczby porównawcze. Liczby otrzymane z badania żółci z natury rzeczy są bliższe do istotnych, i z tego względu w zestawieniu z liczbami otrzymanemi z badania kału i moczu mogą stanowić miernik wartości wyników tych ostatnich badań.

A. Badanie bakterjologiczne otoczenia chorych.

Z tych założeń wychodząc, rozpoczęto na jesieni r. 1925 badania w celu wykrycia i ustalenia nosicielstwa wśród zdrowej ludności miasta. Od lekarzy sanitarnych dzielnicowych otrzymywano materjał do badania (kał i mocz) osób z otoczenia chorego (przeważnie po wywiezieniu go do szpitala). Materjał ten nie zawsze dochodził do pracowni bakterjologicznej w ciągu 1-ej doby po pobraniu. W niektórych przypadkach upływały 2 i 3 doby do momentu posiewu; wyeliminowanie takiego materjału nie zawsze było możliwe; okoliczność ta niewątpliwie wpływała na wyniki badania i w pewnej mierze obniżała odsetek wyników dodatnich.

Metodyka bakterjologiczna dotąd nie rozporządza niezawodnym sposobem hodowania las. durowych z kału. Liczne podawane sposoby „wzbogacenia" nie dały metody nie ulegającej wątpliwości. Posiewy wykonywaliśmy w sposób następujący: z kału przez dodanie roztworu fizjologicznego soli kuchennej sporządzano zawiesinę, którą rysami zasiewano na płytkach z podłożem Endo; mocz zasiewaliśmy na żółć jałową, dodając 3—5 cm sz. moczu na 5 cm sz. żółci, po dobowem trzymaniu w cieplarce przesiewano na płytki z podłożem Endo (część materjału zasiewano powtórnie po 3 dobach). Obecność odmieńca w materjale w części przypadków uniemożliwiała zorjentowanie się w wynikach posiewu. Korzystając z takiej metodyki zbadaliśmy w ciągu 3 lat (do 1. IX. 1928 r.) kał i mocz od 4703 osób z otoczenia chorych.

W wyniku badania w szeregu przypadków stwierdzono obecność laseczek durowych i paratyfusowych. Aczkolwiek nosicielstwo w epidemjologji zachorzeń paratyfusowych odgrywa znacznie mniejszą rolę, aniżeli w epidemjologji duru brzusznego, jednakże ujęcie liczbowe czynnika tego nie jest pozbawione pewnego znaczenia epidemjologicznego.

Wyniki badania kału i moczu w otoczeniu chorych na dur brzuszny przedstawiają się następująco: na 4.703 osoby zbadane stwierdzono:

	U Mężcz.	U Kobiet	Razem
Las. durowa	4	12	16
„ **paratyfusowa A**	2	6	8
„ „ B	—	3	3
„ „ C	2	7	9
„ „ **nietypowa**	—	—	9

Częstość występowania nosicielstwa durowego w otoczeniu chorych w Warszawie stanowi więc 16 na 4.703 zbadanych, t. j. 0,34%. Liczbę tę mogą spotkać zastrzeżenia pod dwoma względami. Z jednej strony można ją uważać jako większą od przeciętnej liczby nosicielstwa ze względu na pobieranie materjału w bezpośrednim otoczeniu chorych, gdzie z natury rzeczy przedewszystkiem nosiciele się znajdują; dlatego też przypuszczać można, że przeciętna liczba nosicielstwa wśród ludności zdrowej będzie niższa od stwierdzonej. Z drugiej znów strony wiemy dobrze, że współczesna metodyka bakterjologiczna nie daje gwarancyj stwierdzenia l. durowej w każdym przypadku jej obecności w materjale badanym, który nadto w warunkach naszej pracy nieraz, jak wyżej zaznaczono, pobierany był w 2, a nawet 3 doby przed posiewem. Te okoliczności z góry warunkują znacznie mniejszy, w stosunku do istotnego, odsetek wyników dodatnich badania bakterjologicznego. W jaki sposób winniśmy ocenić liczbę otrzymaną, biorąc pod uwagę zastrzeżenia poczynione? Jedynym sposobem rozwiązania wątpliwości może być zestawienie liczby otrzymanej z wynikami badania żółci sekcyjnej, gdzie badanie wszystkich przypadków sekcyjnych z rzędu oraz łatwość metodyki badania dają gwarancje otrzymania istotnej liczby przeciętnej. Wyniki takiego zestawienia podajemy niżej przy omawianiu badania bakterjologicznego żółci.

Poddając bardziej dokładnej analizie epidemjologicznej przypadki ustalonego nosicielstwa durowego stwierdzić możemy szereg szczegółów interesujących. W każdym przypadku nosicielstwa przeprowadzano wywiad, umożliwiający nagromadzenie materjału koniecznego do analizy danego przypadku.

Liczby otrzymane w Warszawie, zgodnie naogół ze stwierdzanemi dotąd, wykazują znacznie częstsze nosicielstwo durowe u kobiet niż u mężczyzn. Na 16 przypadków stwierdzonych było 12 kobiet i 4 mężczyzn, a więc stosunek kobiet do mężczyzn 3 : 1. Z tych 12 kobiet — 10 zajmowało się gospodarstwem domowem, 1 handlem, 1 była modystką, a więc pod względem epidemjolo-

gicznym w przeważającej części mogły one stanowić bezpośrednie źródło zakażenia dla otoczenia, co się dało potwierdzić drogą wywiadu. Z 4 mężczyzn 1 był urzędnikiem, 1 robotnikiem, 2 uczniów. Wiek kobiet nosicielek 23—50 lat; mężczyzn 12—32 lata.

Obecność las. durowych u nosicieli w przeważającej większości stwierdzono w kale — 12 razy i znacznie rzadziej — 4 razy w moczu. Potwierdzają te dane ogólny fakt częstszego nosicielstwa w przewodzie pokarmowym niż w drogach moczowych; u kobiet i u mężczyzn stosunek wzajemny obu rodzajów nosicielstwa zasadniczo jest jednakowy (3 : 1).

Próba ustalenia drogą wywiadów przebycia duru brzusznego przez nosicieli tylko w 7 przypadkach dała anamnezę dodatnią. W tych przypadkach dur brzuszny był przebyty przed: 2 mies., 3 mies., 1 rokiem, 1½ rokiem, 8 laty, 15 laty, 31 rokiem. Reszta przypadków bądź zaprzeczała przebycie duru brzusznego — 7 osób, bądź nie dawała odpowiedzi wyraźnej — 1 osoba. Wyniki wywiadów w środowisku o niskiej przeważnie inteligencji nie mogą posiadać wartości absolutnej.

Wśród nosicieli w 2 przypadkach dało się stwierdzić objawy kamicy żółciowej które z pewnem prawdopodobieństwem można połączyć z faktem nosicielstwa; jedna z nich przebyła dur brzuszny przed 8 laty, druga zaprzeczała przebyciu duru brzusznego.

W otoczeniu 11 nosicieli, u których dało się przeprowadzić dokładny wywiad stwierdzono 18 zachorowań na dur brzuszny (z 2 zgonami) w rodzinie i ich bezpośredniem otoczeniu. Nie podając całkowitego materjału, jako przykłady możemy przedstawić nosicielki: 1) D. Z., która przebyła dur brzuszny przed 8-miu laty, której przed dwoma laty zachorował i zmarł syn, a następnie zachorowała i przybyła przed miesiącem do Warszawy kuzynka; 2) B. Z., której jednocześnie zachorowali 3 synowie i t. d. Związek bezpośredni zachorowań w otoczeniu nosicieli z faktem nosicielstwa nie może ulegać wątpliwości.

Wywiady przeprowadzone wykazywały niekiedy szczegóły nie pozbawione znaczenia pod względem epidemjologicznym. Np. mąż jednej z nosicielek od szeregu lat był kelnerem w jednej z większych restauracyj, albo też rodzina innej nosicielki prowadzi handel produktami spożywczemi. O roli epidemjologicznej podobnych okoliczności można wypowiadać się tylko przypuszczalnie z braku odpowiedniego materjału faktycznego. W każdym razie poza nosicielem, jako czynnik udzielania się duru brzusznego w rachubę może wchodzić w przypadkach poszczególnych i jego otoczenie.

Absolutna liczba nosicieli wśród mężczyzn i kobiet daje stosunek 1 : 3. Należy te liczby rozpatrzeć w stosunku do absolutnej liczby mężczyzn i kobiet zbadanych. Obliczenia wykazują, że mężczyźni stanowili 2,233 = 47,5% zbadanych, kobiety 2,470 = 52,5%. Ze względu na prawie jednakową liczbę mężczyzn zbadanych stosunek nosicieli mężczyzn do kobiet 1 : 3 należy uważać za odpowiadający istotnemu stanowi rzeczy w otoczeniu chorych na dur brzuszny.

Szczepy paratyfusowe otrzymane z otoczenia chorych na dur brzuszny w przeważającej części były nietypowe pod względem serologicznym — posiadały niskie miano zlepne.

Z 9 szczepów serologicznie rozpoznanych jako paratyfusowe A 1 miał miano zlepne 1 : 6400, 1 — 1 : 3200, 3 — 1 : 1600, reszta niższe — do 1 : 400 (przy ujemnym lub bardzo słabo zaznaczonym odczynie zlepnym z innemi surowicami paratyfusowemi).

Szczepy paratyfusowe B — 3 miały miano zlepne w 2 przypadkach — 1 : 6400 i w 1 przypadku 1 : 1600.

Szczepy paratyfusowe C — 9 równie częste, jak paratyfusowe A, w 1 przyp. miały miano zlepne 1 : 1600, w 3 — 1 : 1800, reszta 1 : 400. W jednym przypadku nosicielstwa identyczne szczepy wyosobniono z kału i moczu osobnika zdrowego. Zaznaczyć należy, że szczepy te przeważnie wyosobniono z moczu — 5 razy, z kału — 3 razy, z kału i moczu jednocześnie 1 raz.

Jak wykazuje tablica szczepy paratyfusowe też częściej dawało się stwierdzić u kobiet.

Liczby dotyczące nosicielstwa szczepów paratyfusowych podajemy wyłącznie jako materjał faktyczny. Zastanawia w nich stosunkowo częste występowanie szczepów z grupy paratyfusowej A i C.

B. Badanie bakterjologiczne żółci sekcyjnej.

Żółć sekcyjną pobierano w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego oraz w prosektorjum Szpitala Przemienienia Pańskiego. Kierownikom tych instytucyj — P. Prof. L. Paszkiewiczowi, Doc. Drowi W. Czarnockiemu i Dr. J. Dąbrowskiej za zezwolenie na korzystanie z materjału oraz życzliwą pomoc składamy podziękowanie.

W czasie spostrzeżeń od czerwca 1925 roku do 1. IX. 1928 r. razem poddano badaniu bakterjologicznemu 987 zwłok zmarłych na różne choroby z wyjątkiem duru brzusznego. Stwierdzono w wyniku badania bakterjologicznego:

	U Mężcz.	U Kobiet	Razem
Las. durowa	3	3	6
„ paratyf. A	1	2	3
„ „ B	—	—	—
„ „ C	1	—	1
„ „ nietyp.	3	1	4

Przeważająca część materjału sekcyjnego obejmowała osoby dorosłe. Jednakże w toku pracy pobierano też materjał do badania od noworodków oraz dzieci rozmaitego wieku. Grupy wiekowe przypadków badanych układają się w sposób następujący (liczba ogólna przypadków podanych w tablicy jest nieco mniejsza od zaznaczonej wyżej ze względu na brak danych co do wieku w kilku przypadkach).

grupa wiekowa	Ile osób zbadano	Ile nosicieli las. durowych stwierdzono
do 1 mies.	25	
od 1 „ do 6 mies.	44	
od 7 „ do 12 mies.	33	1
od 1 r. do 10 lat	35	
od 11—20 lat	85	
od 21—30 lat	133	1
od 31—40 lat	152	1
od 41—50 lat	145	
od 51—60 lat	150	1
od 61—70 lat	125	1
od 71—80 lat	45	1
od 80 i wyżej	10	

Wiek nosicieli stwierdzonych: mężczyźni — 8 miesięcy, 40 lat, 71 rok; kobiety — 27, 59, 66 lat.

Dane te pod dwoma względami są interesujące; z jednej strony wykazują one, że nosicielstwo może istnieć już w wieku 8 miesięcy (w tym przypadku kliniczną i anatomiczną przyczyną śmierci było dwustronne zapalenie nieżytowe płuc), z drugiej strony mamy nosicieli w sędziwym wieku — 66, 71 lat, którzy ewentualnie, w ciągu dłuższego czasu mogli zakażać otoczenie. Zawód nosicieli — w 1 przyp. służąca, krawcowa, chemik, reszta bez zajęcia.

W żadnym przypadku nosicielstwa nie zaznaczono w wywiadach (historja choroby) przebycia duru brzusznego.

W jednym przypadku nosicielstwa (mężczyzna 40-letni) stwierdzono kamienie w pęcherzyku żółciowym.

Częstość nosicielstwa durowego na materjale sekcyjnym, biorąc do obliczeń przypadki poczynając od 6 miesięcy stanowi 6 nosicieli na 987 przypadków zbadanych, co daje 0,6%. Częstość nosicielstwa w poszczególnych grupach wieku przedstawia tablica powyższa.

Wśród 987 zbadanych mężczyźni stanowili większą część (mężczyzn 55,7%, kobiet 44,3%). Biorąc pod uwagę, że liczba przypadków nosicielstwa u mężczyzn i kobiet była jednakowa (po 3) widzimy, że nosicielstwo stosunkowo nieco częściej występuje u kobiet. Biorąc pod uwagę, że jeden z nosicieli pochodził z poza Warszawy — odsetek nosicielstwa dla Warszawy przyjmujemy, jako 5 nosicieli na 986 badanych, co stanowiło 0,5%.

Szczepy paratyfusowe otrzymane z pęcherzyków żółciowych tylko w 4 przypadkach miały cechy typowe: 3 razy dały wyraźną aglutynację z surowicą paratyfusową A (w rozc. 1: 24.000, 1 : 6.400 i 1 : 3.200) i jeden raz z surowicą paratyfusową C (rozc. 1 : 3.600). Reszta szczepów nietypowych, posiadając właściwe cechy biochemiczne nie dawała się zidentyfikować na drodze zwykłego badania serologicznego. A więc na materjale sekcyjnym stwierdzamy występowanie szczepów paratyfusowych A i C, posiadających wysokie miano zlepne.

Porównując teraz liczby odsetkowe nosicielstwa otrzymane w wyniku badania kału i moczu otoczenia chorych (0,34%) z liczbami otrzymanemi dla Warszawy na materjale sekcyjnym (0,5%) widzimy, że częstość nosicielstwa w otoczeniu jest niższa od otrzymanej w wyniku badania zawartości pęcherzyków żółciowych. Przyjmując istotną liczbę odsetkową nosicielstwa w granicach od 0,34% do 0,5% oraz przyjmując ludność Warszawy jako 1,000.000 będziemy mieli w mieście od 3.500 do 5.000 zdro-

wych nosicieli przeważnie kobiet, którzy w większej lub mniejszej mierze, w zależności od zawodu, odgrywają rolę czynnika kontaktowego w epidemjologji duru brzusznego.

Piśmiennictwo.

1) Dopter et de Lavergne: Epidemiologie (Traité d'Hygiene Martin-Brouardel. T. XX, 1926. — 2) Geiger: Weichardt's Ergebnisse d. Hygiene, Bakt. u. Immunitätsf. Bd. III. 1919. — 3) Schrader: Tak samo. — 4) Owczarewicz L.: Lekarz Wojskowy. T. X. Nr. 3—4, 1927. — 5) Kuster u. Holtum: Beitr. z. Klin. d. Infkrh. 6,233, 1918 (według Jochmann Lehrbuch d. Infkrkh. 1924). — 6) Morozowa i Potapenko: Mikrobiol. Żurnał. VII. Nr. 1. 1928.

Prymarjusz Dr. Witold LIPIŃSKI i Dr. Wilhelm STUETZ. Lwów.

Djagnostyka różniczkowa prątka Löfflera a grup rzekomobłoniczych przy pomocy zmodyfikowanej pożywki Costy*).

Z pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. Witold Lipiński.

Rozpoznanie bakterjologiczne błonicy napotyka jeszcze dzisiaj na znaczne trudności i często jedynie osobiste doświadczenie badacza może rozstrzygnąć rozpoznanie w kierunku dodatnim lub ujemnym. Same poglądy na morfologję i zachowanie się w hodowli prątków błonicy są sprzeczne, a nasze wiadomości o własnościach biologicznych grupy *Corynebacterium* dość szczupłe. Jaki stosunek zachodzi pomiędzy różnemi typami grupy maczugowców, jest do dziś dnia niejasnem. Na ogół trzymamy się podziału praktycznego tej grupy na 1) prątki błonicze prawdziwe 2) prątki podobne do błoniczych i 3) prątki rzekomobłonicze. Jako prątki błonicze prawdziwe oznaczamy prątki gramododatnie o typowym układzie, z dodatniem barwieniem biegunowem, z silną zdolnością zakwaszania glukozy i chorobotwórcze dla świnki morskiej. Jako podobne do prątków błoniczych, uważamy te prątki, które we wszystkich właściwościach zgadzają się z prątkami błoniczemi, tylko brak im chorobotwórczej własności dla świnki morskiej. W końcu prątki rzekomobłonicze są to prątki krótkie, niekiedy tak krótkie, że podobne są do ziarniaków, o ułożeniu nietypowem. Barwienia biegunowego albo brak zupełnie albo znajdujemy tylko pojedyncze ziarenka biegunowe. Dla zwierzęcia są nawet w większych dawkach nieszkodliwe i wytwarzają bardzo mało kwasów.

O przynależności do dwóch grup pierwszych t. zn. prątków prawdziwych i podobnych do błoniczych, ma rozstrzygnąć chorobotwórczość dla świnki morskiej. Przy rozpatrywaniu chorobotwórczej właściwości danego szczepu dla zwierząt należy jednak pamiętać, że istnieje chorobotwórczość dla zwierząt i chorobotwórczość zarazka dla człowieka, które nie zawsze są identyfikowane, tak że w przypadku, gdy zarazek, świeżo z ogniska chorobowego wyhodowany, nie jest zjadliwym dla zwierząt, nie uprawnia nas to do wniosku, że nie jest on zarazkiem, wywołującym daną chorobę u człowieka.

Badając chorobotwórczość prątków, wyhodowanych z klinicznie niewątpliwej błonicy, mogliśmy zauważyć w kilkunastu przypadkach, że świnki morskie pozostały przy życiu. Również Gundel, Herta Meyer i inni, podają w swoich pracach, że prątki błonicze, wyhodowane z klinicznie ciężkiej błonicy gardła, czasami są niechorobotwórczemi dla świnki. Badacze ci występują przeciw bezwzględnej miarodajności doświadczenia na śwince, jeśli chodzi o stwierdzenie chorobotwórczości dla człowieka. Z dziesięciu szczepów, wyhodowanych u chorych z kliniczną błonicą, o własnościach morfologicznie i biologicznie bez zarzutu, cztery tylko były zjadliwe dla świnki morskiej.

Badanie zjadliwości przez podanie podskórne hodowli było przy materjale tak znacznym, jaki mieliśmy w pawilonach zakaźnych, ze względów finansowych i z powodu trudności otrzymania świnek, niemożliwe. Próbowaliśmy zatem odczynu wśródskórnego według Römera. Ponieważ chodziło o pośpiech t. j. o szybkie rozpoznanie, nie mogliśmy stosować czystych hodowli. Podług Burckharda pobieraliśmy zatem materjał z płytki zapomocą uszka platynowego, z miejsc, zawierających jak najwięcej podejrzanych kolonji, około pół oczka i rozcieraliśmy w 0,6 ccm płynu fizjologicznego. Z tej zawiesiny dawaliśmy 0,2 ccm do drugiej probówki, zawierającej 0,2 ccm płynu fizjologicznego i 0,2 ccm do trzeciej probówki, zawierającej 0,2 ccm surowicy przeciwbłoniczej. Po stronie prawej wstrzykiwaliśmy śwince wśródskórnie w wygoloną skórę brzucha 0,1 ccm zawiesiny z drugiej probówki, a z lewej strony 0,1 ccm z trzeciej probówki. Później dla uproszczenia uodparnialiśmy jedną świnkę kontrolną zapomocą surowicy przeciwbłoniczej i podawaliśmy odrazu kilka szczepów dwom świnkom. Przy dodatnim wyniku spostrzegaliśmy zaczerwienienie i naciek w miejscu zastrzyku a zmiany martwicze zwykle dopiero na trzeci dzień, tak że wynik badania można było oddać zazwyczaj dopiero po trzech dniach, a najwcześniej po 48 godz. Często nie można było rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z zapaleniem, wywołanem przez towarzyszące drobnoustroje, czy też ze swoistym naciekiem. Zarzuciliśmy więc doświadczenie na zwierzęciu, gdyż chodziło o rozpoznanie szybkie a przytem dość pewne.

Ponieważ własności morfologiczne, jak wielkość, kształt, są w wysokim stopniu zmienne, a ciałka biegunowe Neissera spostrzegaliśmy często przy prątkach niewątpliwie rzekomobłoniczych, musieliśmy zwrócić uwagę na własności biologiczne prątków z grupy maczugowców. Na podstawie prac Lubenaua, Van Riemsdijka, Bittera i Gundela wiemy, że tworzenie kwasów przez prątki błonicze na pożywkach z dodatkiem cukru gronowego jest o wiele silniejsze, niż prątków rzekomobłoniczych. Znane są wprawdzie szczepy graniczne, gdzie trudno na podstawie ilości kwasów, wytworzonych w pożywce zróżniczkować dany szczep, ale są to zjawiska wyjątkowe. Istnieją też pewne szczepy rzekomobłonicze, które wytwarzają nieco więcej kwasów, niż pewne szczepy prawdziwe błonicze, tworzące możliwie najmniejszą ilość kwasu, lecz czynią to one dopiero po 48 godz. Do zróżniczkowania szczepów błoniczych i rzekomobłoniczych użyli Bitter i Gundel pożywki płynnej z 1% cukrem gronowym o *Ph. 6.9*. Po 96 godzinach oznaczali stężenie jonów wodorowych. Przyjmują oni wartość *Ph 6,5* w dół (ku stronie kwaśnej) dla prątków błoniczych, zaś od *Ph 6,56 w górę* (ku stronie zasadowej) dla podobnych lub rzekomobłoniczych. Ponieważ dla nas w praktyce zastosowanie pożywki płynnej było niemożliwe, gdy chodziło o możliwie szybkie rozpoznanie, zastosował jeden z nas (Lipiński) po wypróbowaniu kilku innych pożywek, pożywkę podaną przez Costę, Troisier i Dauvergne. Jest to pożywka stała, o składzie następującym: na 100 ccm surowicy końskiej poleca Costa podać 10 cm³ 30% roztworu cukru gronowego, 3 cm³ 1% kwasu siarkowego i 30 kropel jałowej nalewki lakmusowej. Stosując nalewkę lakmusową w przepisanej ilości, nie otrzymywał Lipiński odpowiednio zabarwionej pożywki, a konsystencja jej nie była należycie twarda, by móc oczkiem platynowem bez uszkodzenia pożywki szczepić, tak, że pożywka Costy nie mogła znaleźć zastosowania. Zastosował więc zamiast lakmusu, po przeprowadzeniu szeregu doświadczeń, azolitminę i to w roztworze stężonym, dając *na 100 ccm surowicy 1.5 ccm 5% roztworu azolitminy*. Stężenie jonów wodorowych zmodyfikowanej pożywki Costy wynosi Ph. 6.9. Pożywkę ścinaliśmy w suszarce przy 120 stopniach C. Na tej pożywce rosną prątki błonicze równie dobrze, jak na surowicy Löfflera, zabarwiając pożywkę dookoła kolonji na różowo, przyczem sama kolonja ma charakterystyczną barwę mlecznego kakao, z odcieniem bladoróżowym. Prątki rzekomobłonicze tworzą kolonje szaro-niebieskie i nie zmieniają zabarwienia pożywki. Już po 12 godzinach zaznacza się zakwaszenie, zaś po 20 godzinach, prawie zawsze, można rozpoznać charakterystyczne kolonje prątków Löfflera. Dla łatwiejszego otrzymania pojedyńczych kolonji, szczepimy nie wprost wacikiem, lecz uszkiem zbieramy materjał z zakażonego wacika i przenosimy na płytkę. W ten sposób otrzymujemy kolonje pojedyńcze, charakterystyczne.

W przeciągu niespełna trzech lat wykonaliśmy w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie 12,209 badań treści błony śluzowej nosa, gardła, a w kilkunastu przypadkach spojówki oka i sromu. Wszystkie próbki szczepiono na zmodyfikowanej pożywce Costy. Przy zestawieniu wyników badania z obrazem klinicznym danego przypadku i doświadczeniu na śwince mieliśmy wyniki niezwykle zadawalające. W przypadkach klinicznej błonicy nosa, gardła, spojówki, sromu i skóry otrzymaliśmy po 24 godzinach prawie w 100% przypadków potwierdzenie bakterjologiczne na zmodyfikowanej pożywce Costy. Wyjątkowo rozpoznanie bakterjologiczne można było dopiero ustalić po 40 godz. W początkach badań wykonaliśmy cały szereg równoczesnych doświadczeń na śwince morskiej, podając wśródskórnie zawiesinę wyhodowanych prątków na zmienionej pożywce Costy, a stwierdziwszy wartość stosowanego podłoża, użyliśmy jej jako wyłącznego środka rozpoznawczego. Próbki z nosa i gardła pobierano u każdego chorego kilkakrotnie w czasie jego pobytu na oddziale, a to zarówno u chorych błoniczych i ozdrowieńców, jak również u osób podejrzanych

*) Podług wykładu, wygłoszonego na II Zjeździe Mikrobiologów i Epidemjologów polskich we Lwowie w r. 1928.

Rok	Ilość ogólna próbek, badanych na prątki Loefflera			W przypadkach podejrzanych o błonicę i u ozdrowieńców po błonicy — próbki pobrane z						W przypadkach płonicy i u ozdrowieńców po płonicy — próbki pobrane z						W przypadkach odry — próbki pobrane z						W innych schorzeniach — próbki pobrane z					
				nosa			gardła			nosa			gardła			nosa			gardła			nosa			gardła		
	Próbek	dodat.	+%	ilość	dod.	+%	ilość	dod.	+%	ilość	dod.	+%	ilość	dod.	+%	ilość	dod.	+%	ilość	dod.	+%	ilość	dod.	+%	ilość	dod.	+%
1926	4764	520	10·9%	525	46	8·7%	658	138	21%	1774	206	11·6%	1788	129	7·2%	6	1	17%	6	—	—	3	—	—	4	—	—
1927	4647	186	4%	458	22	4·8%	498	75	15%	1753	60	3·4%	1745	29	1·6%	56	—	—	57	—	—	39	—	—	41	—	—
do X. 1928	2798	91	3·2%	188	10	5·3%	194	34	17·5%	1150	27	2·3%	1167	18	1·5%	19	1	5·2%	19	1	5·2%	31	—	—	30	—	—

Razem 12.209 badań

o błonicę, wreszcie u wszystkich bez wyjątku chorych na płonicę lub odrę. Okazało się to nader korzystne ze względu na częste powikłania płonicy błonicą. Jak wykazuje załączona tablica w roku *1926* na *1774* próbek, pobranych z nosa chorych płoniczych, wyhodowano *206* razy prątki L ö f f l e r a a więc w *11,6%*, zaś na *1788* próbek pobranych z gardła u tychże chorych wyhodowano prątki Löfflera w *129* przypadkach, co stanowi *7.2%*. Znaczna część chorych z dodatnim Löfflerem była wprawdzie tylko nosicielami, powodowali oni jednak często zakażenie otoczenia błonicą. Z tą chwilą, gdy zastosowano ścisłe odosobnienie chorych płoniczych z dodatnim Löfflerem od chorych płoniczych, nie skrywających prątków L ö f f l e r a ani w nosie ani w gardle, ilość powikłań błonicą przy płonicy spadła w następnym roku (1927) wybitnie; w 1927 roku mieliśmy na prawie tę samą ilość próbek z nosa *1753* tylko *60* przypadków dodatnich, a więc *3,4%*, co w porównaniu z *11,6%* z roku poprzedniego daje trzykrotnie mniejszą cyfrę. W r. zaś *1928* na 1150 badanych próbek z nosa było dodatnich 27 tj. 2.3%. *Z tym spadkiem dodatnich wyników badań w kierunku prątków Löfflera w nosie, idzie w parze spadek powikłań błonicą gardła chorych płoniczych, a to z 7.2% w 1926 roku, na 1.6% w 1927 roku a 1.5% w 1928 roku.* Przy pomocy zmodyfikowanej pożywki C o s t y mogliśmy zawsze w przeciągu 16 do 20 godzin stwierdzić czy chory płoniczy zakażony jest równocześnie błonicą, względnie czy, przy braku objawów klinicznych błonicy, jest tylko nosicielem prątków Löfflera i źródłem zakażenia dla otoczenia, tak wrażliwego na błonicę. Opierając się na doświadczeniach z trzech lat na znacznym materjale, możemy polecić daną pożywkę jako pewny i szybki sposób zróżniczkowania prątków Löfflera od prątków rzekomobłoniczych.

Dr. S. LIEBESKIND. Kraków.

O włókniakach twardych powłok brzusznych.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych szpitala św. Łazarza w Krakowie. Prym. Doc. Dr. J. Zubrzycki.

Sprawa chorobowa, którą pokrótce przedstawię pośrednio tylko zajmuje lekarzy chorób kobiecych. Ponieważ jednak nie należy ona do zbyt częstych, bo naprzykład w piśmiennictwie polskiem opisano zaledwie szesnaście przypadków (S z e n w i c), a następnie ponieważ pozostaje do pewnego stopnia w związku z przebiegiem ciąży i porodu, więc sądzę, że zarówno rzadkość jej występowania jak i łączność — wprawdzie luźna — z ciążą i porodem uzasadniają w dużej mierze omówienie jej i nieco szczegółowe opisanie przypadku, jaki mieliśmy sposobność spostrzegać na naszym oddziele.

Poniżej przytaczam krótki wyciąg z przebiegu choroby: Dnia 17 grudnia 1926 przyjęto chorą J. L., liczącą lat 23. Chora nie rodziła ani też nie roniła. Miesiączek dotychczas nie miała. Podaje, że od 14 roku życia cierpi na bóle w krzyżach o zmiennem nasileniu, przyczem objętość brzucha powoli ale stale się powiększa. Z tego powodu przed 4 laty zwróciła się o poradę, a lekarz, rozpoznając puchlinę brzuszną, wykonał w okresie pierwszych 2 lat leczenia, wielokrotnie nakłucie brzucha celem odpuszczenia płynu wolnego. Przed 2 mniej więcej laty zauważyła w powłokach brzusznych na lewo od pępka mały guzek, który, rosnąc powoli, doszedł z czasem do obecnych rozmiarów.

Badanie przedmiotowe wykazuje:

Wzrost średni, budowa ciała prawidłowa, odżywienie mierne. Płuca, serce, bez zmian. Narządy ruchu prawidłowe. Powłoki jamy brzusznej nadmiernie wysklepione. Odgłos wypukowy nad całem podbrzuszem a zwłaszcza po stronie lewej stłumiony, jawniejący w niektórych miejscach przy zmianie położenia ciała chorej Obmacywaniem stwierdzono guz, wychodzący z miednicy małej sięgający do wyrostka mieczykowatego swym górnym biegunem.

Badanie ginekologiczne wykazało macicę prawidłowo rozwiniętą oraz guz torbielowaty, wypełniający jamę Douglasa i przechodzący w guz z zewnątrz badalny, z trudnością przesuwalny na boki. Przydatki maciczne prawostronne prawidłowe, lewostronne niebadalne.

Ponadto nieco na lewo od pępka stwierdzono drugi guz, wielkości dużej dłoni, przebiegający ukośnie przez śródbrzusze i nadbrzusze lewe ku podżebrzu lewemu, twardy, nieruchomy, pozostający w ścisłym związku z powłokami brzusznemi, pokryty skórą nad nim przesuwalną.

Rozpoznano torbiel, wychodzącą z jajnika lewego i włókniaka (desmoid) powłok. Rozpoznanie potwierdził w zupełności zabieg operacyjny, który u chorej wykonano, usuwając olbrzymich rozmiarów torbiel i równocześnie włókniaka w typowy sposób. Odnośnie do usuniętego włókniaka badanie histo-patologiczne, wyko-

nane w Zakładzie Anatomji patologicznej U. J. w Krakowie, wykazało: „Obraz włókniaka twardego *(fibroma durum)* bez możności ścisłego oznaczenia z jakiej części powłok wychodzi".

W wywiadach dodatkowych, przeczy chora bezwzględnie istnieniu chociażby najmniejszego guzka w powłokach przed rozpoczęciem leczenia. A natomiast twierdzi stanowczo, że, po zastosowaniu licznych nakłuć powłok brzusznych celem odpuszczenia szybko gromadzącego się płynu, guz w powłokach po pewnym czasie powoli powstawał. Chora przypomina sobie zupełnie dokładnie, że właśnie w miejscu pojawienia się guza miała przedtem robione nakłucia. Moment ten, jako ważny ze względów etjologicznych już teraz podkreślam, powrócę do niego jeszcze później.

Desmoidy, nazywane dawniej guzami Nelatona ze względu na autora, który je pierwszy opisał, są to właściwie włókniaki twarde, występujące zazwyczaj jako guzy pojedyncze, a wyjątkowo tylko, jak naprzykład w przypadku Korabczyńskiej, jako guzy mnogie. Histologicznie zazwyczaj stwierdzamy w nich utkanie typowe dla włókniaków twardych *(fibroma durum)*, a rzadziej domieszkę utkania cechującego mięsaka *(fibrosarkoma)* lub budowę inną, jak czystego mięsaka, torbielo-włókniaka, włókniaka naczyniasto-chłoniakowego i t. d.

Najczęstszym punktem wyjścia tych guzów są części ścięgniste mięśnia prostego, zwłaszcza jego pochewka i smugi ścięgniste *(inscribtiones tendineae)*. Mogą one jednakowoż wychodzić również z rozścięgna i powięzi innych mięśni brzucha.

W myśl danych statystycznych (Ledderhose, Hochenegg) spotykamy desmoidy w ogromnej przewadze przypadków, bo w 90%, w wieku między 25—30 rokiem życia, a w tem przeważnie, bo w 70% u kobiet, które już rodziły. Jeżeli uwzględnimy piśmiennictwo polskie, to na szesnaście opisanych w niem przypadków tylko dwa dotyczyły kobiet, które nie rodziły i dwa mężczyzn; reszta przypada na kobiety, które już rodziły.

Stwierdzenie faktu, że guzy te występują przeważnie po porodzie lub podczas ciąży lub wreszcie, że wtedy prędzej rosną (König), rzuca pewne znamienne światło na przyczyny ich powstawania. Nasuwa się przypuszczenie, że poród względnie ciąża, powodując naddarcia, czy też wylewy krwawe (Freund) w mięśniach powłok brzusznych, stanowią bodziec, powodujący bujanie tkanki łącznej w tych miejscach. To zaś w przyszłości prowadzić może do powstawania włókniaka. A sprzyjać temu ma jeszcze nadmierny wprost rozrost tkanki łącznej (Szenwic) i wzmożona przemiana materji (Hochenegg), jakie w tym okresie życia u kobiety z reguły spotykamy. Czynnikiem zasadniczym, powodującym powstawanie guza, jest według zapatrywania całego szeregu autorów (König, Freund, Hochenegg, Poppert, Szenwic i t. d.) jednakże zawsze uraz i to obojętnie, czy działający od wewnątrz jak w ciąży i porodzie, czy też jakikolwiek inny uraz, działający z zewnątrz. I we wszystkich prawie opisanych przypadkach desmoidu ten czynnik etjologiczny, to jest uraz w najszerszem tego słowa znaczeniu, można wykazać.

Klinicznie pamiętać należy o tem, że guzy te zasadniczo rosną powoli. Każdy szybszy ich wzrost przemawia z dużem prawdopodobieństwem za złośliwym ich charakterem. Jak wszystkie guzy rozwijające się powierzchownie początkowo żadnych dolegliwości nie sprawiają. Dopiero gdy dojdą do większych rozmiarów powodować mogą bóle, nasilające się wraz z wzrostem guza. W ciągu 1—3 lat mogą osiągnąć wielkość głowy człowieka (Szenwic) i wtedy mogą występować objawy uciskowe ze strony narządów sąsiednich, jak pęcherz i jelita.

Desmoidy, aczkolwiek przeważnie są guzami dobrotliwemi, to jednak dają czasem przerzuty, nabierając tem samem charakteru złośliwego. Rosnąc, przesuwają leżące obok mięśnie i ścięgna. Czasami jednak cechują się rozrostem złośliwym, infiltracyjnym; guz wrasta wtedy w sąsiedztwo i niszczy otaczające go tkanki. Nawroty miejscowe zdarzają się niekiedy również.

Rozpoznanie nie natrafia zasadniczo na trudności. Mamy do czynienia z guzem twardym, o powierzchni gładkiej, nieruchomym w stosunku do powłok brzusznych; a w wywiadach znajdujemy zazwyczaj uraz, jako czynnik etjologiczny.

W rozpoznaniu różniczkowem, po wykluczeniu guzów wewnątrz-otrzewnowych, musimy jeszcze myśleć o krwiakach, ropniach i promienicy. Tutaj częstokroć objawy takie jak ból, podniesiona ciepłota, względnie próbne nakłucie sprawę zwykle wyjaśniają.

Leczenie pozostaje wyłącznie chirurgiczne. Z zabiegiem nie należy zwlekać, bo nigdy nie możemy być pewni, czy dany guz nie jest złośliwy, względnie czy, choć początkowo niewinny nie zyska z czasem cech złośliwości. Sam zabieg nie przedstawia większych trudności. Jedynie tylko pokrycie większych ubytków w powłokach brzusznych, usuniętych wraz z guzem, może sprawę powikłać.

Ze względu na możliwość zwyrodnienia złośliwego, polecają niektórzy (Szenwic) zapobiegawcze naświetlanie promieniami Rœntgena i radem. Moim zdaniem naświetlanie to ograniczyć należy do tych przypadków, w których dokładne badanie histologiczne wykazało utkanie złośliwe.

Nagół rokowanie w omawianej sprawie chorobowej jest o tyle dobre, że przerzuty należą do rzadkości. Z drugiej jednak strony zaciemnia je spostrzeżenie, stwierdzone klinicznie, że nawroty miejscowe niekiedy się wydarzają, a pozatem w pewnych przypadkach dużych guzów niemożność pokrycia ubytków w powłokach brzusznych a szczególnie w otrzewnej. To ostatnie kryje bowiem w sobie podwójne niebezpieczeństwo dla chorego: po pierwsze wzmaga niepomiernie możliwość zakażenia, po drugie powodować może powstawanie zrostów powłok brzusznych z narządami jamy brzusznej w miejscach pozbawionych otrzewnej i następowo wytwarzanie się przepuklin.

Przypadek nasz o tyle jest, poza rzadkością omawianego cierpienia, ciekawy, że momentem wyzwalającym rozwój guza nie była ciąża lub poród, jak to najczęściej bywa, lecz uraz zewnętrzny. Czynnik ten, w danym przypadku etjologiczny, dzięki dokładnej samoobserwacji chorej zarysowuje się zupełnie wyraźnie. Podaje ona bowiem najdokładniej, że dopiero w czasie leczenia, po przeprowadzeniu całego szeregu nakłuć brzusznych, zauważyła pojawienie się guza w powłokach i to właśnie w miejscu ich wykonywania. Z tego wynika najwyraźniej, że często powtarzające się urazy mechaniczne, w postaci licznych nakłuć na ograniczonej przestrzeni, spowodowały naddarcia mięśni i wylewy krwi do tkanek, co, sumując się ze zwiększonem ciśnieniem śródbrzusznem z powodu wzrostu torbieli, stało się bodźcem do bujania tkanki łącznej, które znowu z czasem doprowadziło do powstania włókniaka twardego.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Sprawozdanie Dra Jakóba Sęczyca, radcy ministerjalnego, z jego podróży do Budapesztu na kongres lekarski dla spraw chorób zawodowych i wypadków nieszczęśliwych przy pracy.

Międzynarodowy kongres lekarski dla spraw zwalczania chorób zawodowych i zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom przy pracy, który odbył się w Budapeszcie w czasie od 2-go do 8-go września r. b., budził powszechne i żywe zainteresowanie, gdyż przeszło 180 wykładowców, a wśród tych wielu wybitnych uczonych, zapowiedziało swój udział, zaś liczba zgłoszonych tematów przekraczała 200.

Oprócz mnie, który z ramienia Państwowej Służby Zdrowia miałem zadanie uczestniczyć w Kongresie, jako obserwator, celem zapoznania się z nowoczesnemi metodami zapobiegania chorobom zawodowym i ich zwalczania, znaleźli się w danym przedziale kolejowym: Dr. Nowakowski, kierownik oddziału higjeny zawodowej w Państwowej Szkole Higjeny, Dr. Szczęsny, referent dla spraw higjeny pracy, delegowany jako reprezentant Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i Dr. Raciążek, naczelny redaktor czasopisma „Higjena Pracy".

2-go września o 11-tej udaliśmy się, według umowy razem do generalnego sekretarjatu kongresu w Akademji Umiejętności, gdzie spotkaliśmy się z Dr. Luksemburgiem, delegowanym przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej do Węgier i krajów bałkańskich, celem zapoznania się z urządzeniami higjenicznemi w przemyśle, nadto z Dr. Kłuszyńskim delegowanym z ramienia Ogólnokrajowego Związku Kas Chorych i Dr. Rytlem, bawiącym zagranicą na kursach dokształcających w zakresie patologji i terapji chorób wewnętrznych. W sekretarjacie oznajmiono nam, że właśnie odbywa się w muzeum higjeny społecznej pozostające w łączności z kongresem uroczyste otwarcie wystawy urządzeń z zakresu ochrony pracy i zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom, którego dokonywa Minister Opieki Społecznej i Pracy X. Dr. Vass.

Pospieszyliśmy przeto do muzeum.

Przegląd pobieżny gości pozwalał stwierdzić, że na kongresie poza językiem węgierskim dominujące stanowisko zajmował język niemiecki. Z ogólnej liczby zgłoszonych referatów conajmniej $^1/_3$ część przypadała na wykładowców Niemców. Prócz tego jednak i wykładowcy innych narodowości (Holandja, Szwecja itd.) posługiwali się językiem niemieckim. Na następne miejsce wysunął się język włoski. Włosi byli reprezentowani przez znaczną liczbę profesorów uniwersyteckich, ich asystentów i wielu młodych lekarzy a referentów zgłosili około 40. Później wymienić należy Amerykanów, którzy wraz z Anglikami zgłosili około 15-tu referatów. Inne narodowości zgłosiły zaledwie po kilka referatów.

Wykłady miały się odbywać równocześnie w dwóch salach Akademji Umiejętności i w sali Muzeum Higjeny Społecznej, a konkurowały z wykładami wycieczki, które wyznaczone były na te same co i one godziny.

Dnia 3-go września o godzinie 11-ej nastąpiło otwarcie kongresu wobec regenta przez prof. Dr. Verebély'ego, który podziękowawszy regentowi w języku węgierskim za zaszczycenie tego aktu swoją obecnością, prosił go o pozwolenie wygłoszenia mowy powitalnej w języku niemieckim.

W mowie tej, nakreślającej dzieje rozwoju nauki higjeny zawodowej i instytucyj ubezpieczeń społecznych w Węgrzech przebijały tony głębokiej melancholji, a kilkakrotnie wspomnienia o tysiącletnich Węgrzech nadawały jej poniekąd akcenty polityczne. Po ukończeniu mowy przywitał Prof. Dr. Verebély gości kilkoma wyrazami, wygłoszonemi po francusku, angielsku i włosku.

Następnie Minister Pracy i Opieki Społecznej X. Dr. Vass powitał gości w języku łacińskim.

Uroczystym wykładem Dr. C. Kaufmanna z Zurychu „O rozgraniczeniu pojęcia nieszczęśliwego wypadku od pojęcia choroby" zakończony został akt otwarcia Kongresu.

Wykład bynajmniej nie przyniósł ostatecznego rozwiązania poruszonej kwestji.

W ciągu dnia zwiedziłem szczegółowo muzeum higjeny społecznej, przyczem udzielił mi wyjaśnień inżynier, pełniący funkcje asystenta instytutu. Muzeum rozmieszczone jest w czterech kondygnacjach. Na parterze znajdują się poruszane siłą elektyczną modele przeróżnych maszyn, zaopatrzonych w urządzenia ochronne przeciw nieszczęśliwym wypadkom, więc: piły, heble, sztance, obrabiarki, maszyny rolnicze, pozatem model parowozu ze specjalnem paleniskiem, którego obsługa nie jest połączona ze szkodliwem działaniem dla zdrowia itp.

Na pierwszem i drugiem piętrze rozmieszczone były urządzenia ochronne przeciw zatruciom w malarstwie (rozpylanie farby obok użytkowania specjalnych ubrań, masek itp.), urządzenia ochronne w górnictwie, w elektrotechnice, modele woskowe, odtwarzające zmiany chorobowe, wywołane pracą zawodową (zmiany chorobowe skóry, płuc itd.), przyczem niektóre zbiory modeli bardzo licznych a przedstawiających stany chorobowe, które nie mają ścisłego związku z pracą (wyniki operacji raka przeróżnych organów), robiły wrażenie reklamy dla danego operatora.

Czwarte piętro obejmowało ciekawy i bardzo udatny zbiór środków zapobiegawczych z zakresu komunikacji (koleje, tramwaje) itp.

Wogóle muzeum służy przeważnie sprawie zapobiegania wypadkom nieszczęśliwym, a tylko w stopniu ograniczonym zapobieganiu chorobom zawodowym.

Jest ono wszelako umiejętnie zestawione i posiada niektóre modele urządzeń ochronnych inwencji węgierskiej, bardzo pomysłowe tak, że byłoby wskazane postarać się o uzyskanie dotyczącego katalogu, którego w czasie kongresu jeszcze nie było.

4-go września słuchałem wykładu prof. Koelscha z Monachjum „O przemysłowych chorobach zawodowych".

Prof. Koelsch zobrazował obecny stan nauki o chorobach zawodowych w przemyśle i jej rozwój, podkreślił ważność tej dziedziny dociekań i działalności zapobiegawczej z punktu widzenia gospodarczego i ubezpieczeniowego a nieprzygotowania do niej lekarzy i postawił wniosek o utworzenie katedry higjeny przemysłowej na uniwersytetach oraz o wciągnięcie rzeczonego przedmiotu w poczet przedmiotów, podlegających egzaminowi.

Omawiając przypadki, w których robotnik traci zdolność do wykonywania swojego zawodu z powodu powstałej u niego pewnej choroby, Dr. Koelsch proponuje zaprowadzenie renty przejściowej, wypłacanej przez czas, aż robotnik nauczy się zawodu, dla którego dana choroba nie stanowi przeszkody.

Poruszano również sprawę stanu, w którym choroba jeszcze nie rozwinęła się i nie zachodzi niezdolność do pracy, jednakowoż pewne objawy nakazują przestrzeganie ostrożności, celem niedopuszczenia do jej rozwoju (początkowe objawy zatrucia ołowiem, niesprawiające żadnych dolegliwości, i t. p.). Takie stany proponowano nazwać „Obciążenie pracy" (Arbeitsbelästigung).

Prof. Dr. J. G. Sleeswijk (Delft) omawia znaczenie zawartości wapna w pyle krzemowym dla zdrowia robotników. Według jego wywodów pył krzemowy nie wywołuje gruźlicy, jeżeli zawiera odpowiednią domieszkę pyłu wapiennego.

Następny wykładowca Prof. Dr. Jötten (minister) przeczy temu na podstawie poczynionych spostrzeżeń.

Doc. Dr. Ullmann (Wiedeń) rozważa przeglądowo zagadnienie rozwijania się nowotworów oraz zmian przednowotworowych w pracy przemysłowej skutkiem działania czynników drażniących.

Mówca radzi nie posługiwać się określeniem „stan przednowotworowy", a raczej określić dane zmiany skóry, np. blizna, zgrubienie, znamię, zanik lub zrogowacenie skóry i t. p., zaznacza jednak, że z tych zmian nowotwory wcale nie tak często rozwijają się, jak ogólnie sądzono. Chodzi tu głównie o rozsiane nabłoniaki i o mięsaki, których to ostatnich pochodzenie łączno-tkankowe zresztą jest kwestjonowane, jak wogóle kwestjonowana jest trafność podziału nowotworów na nabłonkowe i łączno-tkankowe.

Prof. Warburg wykazał niezależność rośnięcia komórki rakowej od komórki krwi i otoczenia.

Postęp naszych dociekań co do rozpoznawania i istoty komórki rakowej spowodował odstąpienie od poglądu, że o tem decyduje strona czysto morfologiczna, a zwrócenie się ku czynnikowi biologiczno-cytologicznemu.

Wielki postęp doby obecnej leży w poznaniu odrębności biologicznej komórki rakowej.

Zrównanie schorzeń ciała, powstałych na tle pracy zawodowej, z nieszczęśliwemi wypadkami co do uprawnień robotnika do otrzymania odszkodowania poza świadczeniami leczniczemi, odpowiada sprawiedliwości socjalnej tembardziej, że niepewne są wiadomości nasze o warunkach powstawania nowotworów i kryterja oceny związku przyczynowego między powstaniem nowotworu a uprzedniem uszkodzeniem cielesnem.

Nie można bowiem podtrzymać uznawanych dotychczas kryterjów, że dla ustalenia rzeczowego związku przyczynowego konieczne jest, ażeby na dane miejsce ciała podziałał bardzo silny uraz i ażeby między tym faktem a powstaniem nowotworu upłynął tylko krótki czas, conajmniej dwa lata.

Dr. Pryll omówił statystykę chorób w Kasach Chorych na m. Berlin, zestawioną z uwzględnieniem grup zawodowych, użalając się przytem na niedokładność danych, dostarczonych przez lekarzy kasowych.

Choroby podzielone są na 15 grup. Szczegółowo opracowane są dane, dotyczące reumatyzmu i cukrzycy. Na reumatyzm zapadają naczęściej robotnicy budowlani, ruchu, obsługi domowej i przemysłu spożywczego. Cukrzyca rozpatrywana jest pod kątem widzenia dochodu danych osób. Największa liczba przypada na handlowców.

5-go września zwiedziłem nowy szpital Ubezpieczalni Krajowej.

Zajmujący w tym szpitalu był pawilon obserwacyjny. Jeżel zachodzi wątpliwość co do zdolności do pracy robotników, kieruje się ich na trzy dni do pawilonu obserwacyjnego. Tu podlega on dokładnemu zbadaniu ogólnemu. O ile nie zostały stwierdzone zmiany chorobowe, uzasadniające niezdolność do pracy, kładzie się ich do łóżka przynajmniej na 24 godziny i mierzy kilkakrotnie temperaturę w odpowiednich odstępach czasu.

Przy temperaturze normalnej lub wynoszącej 37,2 lub 37,3° C poleca się danemu choremu wstać i możliwie wiele chodzić, ażeby się przekonać czy ruch powoduje podniesienie się jej. W razie przeczącym jest on uznany za zdolnego do pracy.

Następnie zwiedziłem z wycieczką gmach Kasy Chorych, własność Ubezpieczalni Krajowej.

Instytucja wzorowana jest na przykładzie niemieckim z tą różnicą, że system ambulatoryjny ogólne znalazł zastosowanie.

Co do gmachu Kasy obejmuje on wszystkie działy Ubezpieczalni, a to odbija się ujemnie na dziale leczniczym przez brak miejsca. Mianowicie poczekalnie są zbyt szczupłe. Odosobnienie interesantów chorych od zdrowych nie jest ściśle przeprowadzone.

Ubezpieczalnia zamierza wybudować odrębny gmach dla działu leczniczego.

Z Kasy Chorych udaliśmy się do wytwórni maszyn, wagonów i statków Towarzystwa Ganz i S-ka, a w końcu do państwowej wytwórni żelaza, stali i maszyn.

W obu wytwórniach, obejmujących bardzo rozległe tereny i przeliczne zabudowania fabryczne, demonstrowano nam przedewszystkiem doskonałe urządzenia lecznicze, poczem łazienki, pomieszczenia dla przechowywania ubrań robotniczych, sale jadalne odpoczynkowe i żłóbki, przy warsztatach państwowych również domy robotnicze, natomiast nie mieliśmy sposobności oglądania urządzeń ochronnych w warsztatach pracy.

Dnia 6-go września opuściłem Budapeszt.

Porównywując uczestnictwo w kongresie ze strony Polski a innych państw tak co do liczby i jakości zgłoszonych prac, jak i co do liczby uczestników staje się widoczne, że w Polsce całe szerokie pole higjeny zawodowej pod względem naukowym prawie zupełnie leży odłogiem.

Nie zmienia tego faktu okoliczność, że tu i ówdzie zjawi się oderwana praca z rzeczonego zakresu, gdyż chodzi tu o pracę systematyczną, planową, labolatoryjną i kliniczną, opartą na głębokiem znawstwie całokształtu nauk, wchodzących w rachubę, a więc: biologji, anatomji, fizjologji, patologji, chemji, toksykologji, higjeny i t. d. i t. d.

Brak dotyczącej katedry na uczelniach uniwersyteckich czyni, że wykształcenie lekarzy odbywa się bez należytego uwzględnienia medycyny zapobiegawczej w pracy zawodowej.

Co do państwowego nadzoru sanitarnego nad warsztatami pracy przemysłowej i rękodzielniczej Państwowa Szkoła Higjeny podjęła się zadania odpowiedniego przysposobienia w tym kierunku lekarzy powiatowych, kandydatów na inspektorów pracy. Atoli wyposażenie Państwowej Szkoły Higjeny do tej pracy jest zupełnie niewystarczające.

OCENY.

E. Brieger: *Die Umstellung der Anstaltsfürsorge in Tuberkuloseheilstätten und — Krankenhäusern. Nachfürsorge u. Werkstättensiedlungen.* Lipsk 1928. Tuberkulose-Bibliothek Nr. 33. J. A. Barth. Str. 54.

Kierunek sanatoryjnego leczenia gruźlicy zawiódł pokładane w nim nadzieje. Autor zastanawia się przeto nad możliwością reorganizacji walki z gruźlicą, by uczynić ją bardziej celową. Sanatorja zadań swych nie spełniły. Opieka nad chorymi na gruźlicę nie powinna być ściśle ograniczona do krótkiego, jak dotychczas, czasu leczenia w sanatorjach ani ciężkością przypadku, — powinna natomiast tak na przyszłość ułożyć warunki życia i pracy chorego, by mógł i później leczenie kontynuować i nie był ponadto źródłem zakażenia. Również i schroniska dla nieuleczalnie chorych nie odegrały, ze względów psychologicznych, we walce z gruźlicą większej roli, gdyż uważane są naogół przez chorych za domy przedśmiertne i skrzętnie są omijane. Schroniska te mogłyby może mieć pewne praktyczne znaczenie, gdyby je zakładano przy sanatorjach; równałoby się to znowu podrożeniu kosztów, co znowu mijałoby się z celem.

Opieka następowa („aftercare") nie uwzględniona w leczeniu sanatoryjnem jest jeszcze w okresie zapoczątkowania i eksperymentu; w pewien system postępowania ujęta jest jedynie w Ameryce (training-colonies, „szkoły zawodowe") Holandji (Hellendoorn, Appendoorn) i Anglji (Papeworth). Kierunek ten zakładowego leczenia ma na celu przygotowanie chorego do pełnienia swoich zajęć zawodowych, aby w ten sposób nie obarczać społeczeństwa ludźmi bezrobotnymi dając równocześnie możność choremu zmiany zawodu. W tym celu stworzono przy „sanatorjach" warsztaty pracy fizycznej, w których pracują chorzy. Typowym przykładem połączenia szpitala dla gruźlicy, „sanatorjum" i osiedla z warsztatami pracy jest kolonja w Papeworth, założona przed 11 laty przez Woodhead'a i Varrier-Jones'a. Autor opisuje dokładnie cel i urządzenia tego wzorowego osiedla, mającego za zadanie przedłużenie leczenia zakładowego właściwie na całe życie. Jest jednakże rzeczą wątpliwą, czy myśl Woodhead'a da się na większą skalę zrealizować.

Autor jest prymarjuszem na nieco zbliżonych zasadach stworzonego zakładu w Herrnprotsch pod Wrocławiem. Książka ze względu na zwięzłe przedstawienie tak aktualnego zagadnienia zasługuje na przeczytanie. *J. Felix.*

Entstehung und Entwiklung der Lungenschwindsucht des Erwachsenen von Fr. Redeker und O. Walter. Mülheim/Ruhr. Mit 105 Röntgenbilden im Text. Verlag vom Curt Kabitsch Leipzig 1928. Stron 142.

Nowe poglądy wysnute na podstawie badań rentgenologicznych przedstawiają autorowie następująco: widzą oni początek zmian gruźliczych u dorosłych w okołoogniskowym stanie zapalnym ogniska reakcyjnego — które po pokonaniu reakcji zapalnej przechodzi w zmianę gruźliczą. Wczesne rozpoznanie ognisk gruźliczych w szczytach — nie jest wczesnem rozpoznaniem — jest to raczej rozpoznanie późne a miejsce zmian pierwotnych jest w innem miejscu. Z zestawionych statystycznych najrzadziej spotyka się zmiany pierwotne w szczytach — przeważnie usadawiają się one w środkowym i dolnym płacie.

Przedstawiają wygląd ognisk wczesnych w płucach i ich rozpoznanie. Według badań autorów stwierdzonych na podstawie Rentgena zmiany wsteczne naciekowe i wysiękowe są najczęstszą zmianą gruźliczą. Zwracają również uwagę na ogólnę konstytucję chorych — w niepewnych przypadkach zalecają posługiwanie się Rentgenem.

Poza samą patogenezą gruźlicy — podają obszernie różne formy gruźlicze — które ilustrują dokładną anamnezę — przebiegiem i skiagramami.

Autorowie opierają swą pracę przeprowadzonemi badaniami rentgenologicznemi na pewnej grupie ludności w latach 1920—26 w Mülheim/Ruhr. *Dr. Tunia.*

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, rok XL, zeszyt 22, z 15 listopada 1928: Wydanie jubileuszowe: A. Wrzosek: Czterdziestolecie Nowin Lekarskich. — R. E. Matuszewski: Zaczątki Nowin Lekarskich. J. Zielewicz: Dziedzictwo ducha. — A. Gluziński: Ułożenie chorego jako czynnik leczniczy, rozpoznawczy i etjologiczny. — B. Krysiewicz: Przyczynki kliniczne do oceny stanów zakaźnych. — P. Gantkowski: Organizacja szptalnictwa w Wielkopolsce. — S. Dąbrowski: O dyfuzji i absorbcji w nerce. — W. Jezierski: Znaczenie krętków w żołądku. — A. Karwowski: Opryszczki, półpasiec a wietrzna ospa. — K. Nowakowski: W sprawie powstawania i leczenia guzów zapalnych jelita grubego. — A. Laskiewicz i L. Zbyszewski: Badania unerwienia współczulnego mięśni krtani. — F. Łabendziński: O mitozach w erytroblastach krążącej krwi. — J. Bajoński: Co rozumieć należy pod określeniem samozakażenie? T. Kucharski: Wpływ wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej na czynność nerek. — K. Alchimowicz: Z kazuistyki ciał obcych przewodu pokarmowego. — S. Łaguna: Niezwykłe zachowanie się otworu wlotu pocisku w kościach czaszki. — Z. Dziembowski: W sprawie leczenia guzów złośliwych energją promienną. — J. Latkowski: O narodowych i naukowych zasługach Józefa Dietla. — A. Chauffard: Francuska klinika chorób wewnętrznych.

Ruch Słowiański, rok I, z listopada 1928: H. Batowski: Królestwo Serbów, Chorwatów i Słoweńców. — T. Lubaczewski: Czynniki rozwoju gospodarczego Czechosłowacji. — H. Grosman: Udział państw słowiańskich w Targach Wschodnich. St. Virtel-Wierczyński: Polonofilstwo Antala Staśka. — M. Gumowski: Wystawa współczesnej kultury czechosłowackiej w Bernie.

Medycyna praktyczna, rok II, zeszyt 10, z r. 1928: K. Bross: O niedokrwistości złośliwej Biermera. — Wal. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza-praktyka. — Cz. Wiecki: Kilka spostrzeżeń z praktyki położniczej i ginekologicznej. — L. Podkomorski: Przyczynek do kazuistyki elektropatologji.

Wiadomości lekarskie, rok I, nr. 8, z listopada 1928: A. W. Elmer: Podstawowa przemiana materji i jej praktyczne znaczenie. — J. Fels: O odmrozinach wogóle i odzieblinach na głowie. — J. Weinbaum: Organizacja pomocy lekarskiej w angielskich Kasach Chorych. — H. Mierzecki: Medycyna społeczna i zawodowa na Zjazdach w Dreźnie i Hamburgu. — Z. Danielski: VI Międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy w Rzymie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 47, z 18 listopada 1928: J. Muszyński: Używki kofeinowe ludzkości (dok.). — Nowe leki. — K. Stefanowski: Przed czterdziestu pięciu laty. — Sprawy zawodowe.

Medycyna, rok II, nr. 45, z 10 listopada 1928: St. Klein: Małopłytkowość (Thrombopenia). — Z. Lewandowski: Przyczynek do powstawania rozedmy głębokiej przy stosowaniu odmy sztucznej. — A. Galewski: Patogeneza mocznicy w świetle najnowszych badań. — M. Nusbaum: O roli Veramonu w lecznictwie. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego (c. d.).

Przemysł chemiczny, rok XII, nr. 11, za listopad 1928: W. Junosza Piotrowski i J. Winkler: O liczbie Conradsona. H. Burstin i J. Winkler: Badania nad benzyną wytrącającą asfalt twardy (asfalteny). — J. Girzejowski: Metody analizy lekkich gazolin. — A. Hirszowski: Zatrucia zawodowe przy fabrykacji barwników smołowych i produktów przejściowych oraz sposoby zapobiegania takowym (dok.). — Obchód ku czci Ignacego Łukasiewicza. — Dział sprawozdawczy.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok V, nr. 40, z 22 listopada 1928: A. Landau i J. Glass: O niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty pochodzenia wsierdziowego i naczyniowego (choroba Corrigana i Hodgsona) (studjum kliniczne). — Z. Świder: W sprawie ujednostajnienia mianownictwa dotyczącego grup krwi. — J. Nusbaum: O ostrych i przewlekłych zapaleniach trzustki (streszcz. zbior.). — Z. Szymanowski: Stosunek lekarza do akcji profilaktycznej.

Dziecko i matka, rok III, nr. 22 z r. 1928: K. J. Gałczyński: Kołysanka o kołysce. — L. R.: Rozwój mowy dziecka. — J. Piażmowska: Najlepszy nauczyciel. — M. Czerkawska: Jerzyk (z obserwacyj nad dzieckiem). — J. Kiewnarska: Racjonalne ubranie. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie este-

tyczne (IV — układanki: postacie). — Fr. ks. Cieszyński: Kąpiele lecznicze. — T. Ciosłowski: Praca a macierzyństwo. — St. Kramsztyk: O dietetycznem znaczeniu kartofli. — P. Gleich: Koklusz, czyli krztusiec (dok.). — Matki między sobą.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse medicale.

Nr. 56 z r. 1928.

P. Ravaut i R. Boulin: *Badanie cytologiczne płynu mózgo-rdzeniowego u kiłowych.* Stwierdzenie zwiększonej ilości c. białych w płynie mózgo - rdzeniowym chorych na kiłę nie pozwala na ocenienie ciężkości przypadku ani też nie daje żadnych wskazówek co się tyczy rokowania. Badanie morfologiczne komórek może tę lukę uzupełnić, wymaga ono jednak odpowiedniego sposobu barwienia, które autorowie polecają, jest to barwienie przyżyciowe. Płyn mózgo - rdzeniowy w ilości 5-cm³ wirujemy przez 10' ze znaczną szybkością, wytworzony skrzepik umieszczamy na szkiełku podstawowem, dodajemy zieleni metyl - pyroniny i przykrywamy szkiełkiem nakrywkowem. Jądra barwią się na niebiesko lub fiołkowo, protoplazma i jąderka różowo lub czerwono. Należy odróżnić następujące postacie komórek: 1) Jądra nagie. 2) Komórki typu limfocytów o jądrze owalnem lub okrągłem. 3) Komórki, typu jedno - jądrzastego średniej wielkości. 4) Komórki jedno - jądrzaste duże. 5) Komórki wielo - jądrzaste. 6) Komórki plazmatyczne, z pośród których należy odróżniać komórki małe (7-μ) duże (25-μ), i wielojądrzaste. Autorowie podają 2 typy odczynów cytologicznych w różnych okresach i postaciach kiły.

Pierwszy typ cechuje obecność limfocytów, komórek jednojądrzastych i mniej lub więcej licznych wielojądrzastych. Komórki te są wyrazem powierzchownego stanu zapalnego opon. w drugim okresie kiły nie mają większego znaczenia, zaś w trzecim okresie nie wskazują na cięższe schorzenie ośrodków nerwowych i ustępują przy leczeniu. Drugi typ cechuje obecność komórek plazmatycznych i dużych jednojądrzastych obok postaci poprzednio wymienionych. Obraz ten idzie w parze ze stanem zapalnym sięgającym wgłąb tkanek, ustępuje powoli lub też wcale nie ustępuje pod wpływem leczenia. Rokowanie w tym wypadku gorsze i najczęściej widzimy bądźto rozwijające się schorzenie ośrodków nerwowych lub też okres przedkliniczny, gdzie objawy kliniczne dopiero z czasem się zjawiają. Spotykamy te zmiany cytologiczne zwłaszcza w paraliżu postępowym, gdzie występują komórki plazmatycznee małe i średnie, a nadto co jest najbardziej charakterystyczne, komórki plazmatyczne duże lub wielojądrzaste.

J. Paraf: *Odporność i odczyny bakterjolityczne komórek w przebiegu gruźlicy.* Autor badał zachowanie komórek przy zakażeniu organizmu prątkami Kocha: 1) u zwierząt odpornych na gruźlicę (niektóre ssaki, ptaki i zimno - krwiste), 2) u zwierząt podatnych na zakażenie, dotychczas jednak zdrowych, 3) u zwierząt zakażonych gruźlicą.

Ad 1) U zwierząt odpornych komórki t. zw. makrofagi wielojądrzaste otaczają prątki wałem ze wszystkich stron nie pozwalając na dalsze posuwanie się tychże. Bakterje izolowane aczkolwiek żywe nie mogą się rozmnażać i pozostają w organizmie jako ciało obce.

Ad 2) Zwierzęta nieodporne zakażone po raz pierwszy wykazują 2 rodzaje komórek biorących udział w walce z drobnoustrojami. Sa to duże monocyty, pochodzące z krwi, które starają się stworzyć zaporę ochronną aczkolwiek bezskutecznie i nieliczne klasmatocyty stanowiące stałe komórki tkanki łącznej i obdarzone zdolnością fagocytozy.

Ad 3) Zwierzęta chore na gruźlicę, które zaszczepiono prątkami wykazują objawy natychmiastowego wydalenia i niszczenia drobnoustrojów przyczem przychodzi do martwicy a następnie zbliznowacenia w miejscu zakażenia. Główną rolę odgrywają duże komórki mononuklearne pochodzące z tkanki łącznej, a pełniące czynność makrofagów.

A zatem we wszystkich 3-ch wypadkach główna rola przypada komórkom jednojądrzastym tkanki łącznej, których siła niszcząca prątki jest w 3-cim wypadku największą.

Nr. 57 z r. 1928.

E. Sergent: *Nowe horyzonty we ftiseologji.* Odkrycie postaci zarazka gruźlicy przechodzącego przez filtry w r. 1910 przez Fontes'a a potwierdzone obecnie między innymi przez autora i jego współpracowników rzuca nowe światło na sprawę dziedziczności gruźlicy i jej najrozmaitszych postaci anatomo - klinicznych, których różnorodność można tłumaczyć działaniem jużto normalnych postaci prątka, jużto postaci wyżej wymienionej. Mamy zatem hipotezę dlaczego nieraz badanie plwociny w przebiegu gruźlicy płuc zupełnie pewnej nie wykazuje obecności prątków Kocha nawet po zaszczepieniu na zwierzętach. Badania współpracowników autora H. Durand'a, Kurilskiego i Bendy wykazują, że niewidzialne postacie zarazka mogą po kilkakrotnem przeszczepieniu przejść w postać kwasoodporną prątka, który może wykazywać zdolności niszczenia tkanek, że istnieją w przebiegu gruźlicy płuc okresy bez prątków przyczem jadowitość jest zachowaną.

A. Jaubert i P. Goy: *Leczenie szczepionkami gronkowców.* Ponieważ przy ropieniach i innych zakażeniach gronkowcami, dotychczasowe leczenie szczepionkami, zawierającemi ciała zabitych bakterji często jest niewystarczającem, szczepionki te bowiem nie posiadają składników, przeciwdziałających toksynom, wywołującym toksemję, ani też ciał pobudzających fagocytozę, autorowie dodają do zawiesiny różnych szczepów gronkowców, zabitych jodem i podsiarczynem sodu, anatoksynę gronkowcową, otrzymaną zmodyfikowaną metodą Ramona, jakoteż substancję, otrzymaną przez działanie naprzemian jużto zimna jużto ciepła (37°) na zawiesinę drobnoustrojów we wodzie destylowanej! Autorowie stosują swoją szczepionkę przeszło rok z dobrym skutkiem. Przytaczają 2 przypadki uporczywej czyraczycy i ropienia, w których osiągnęli stałe wyleczenie.

Nr. 58 z r. 1928.

M. Labbé i F. Nepveux: *Glukhorment w leczeniu cukrzycy.* Autorowie badali działanie glukhormentu i porównywali z działaniem syntaliny i insuliny, podając chorym na cukrzycę w 2 dniowych odstępach czasu glukozę (50 g), glukoze i glukhorment (3 — 5 kaps.), glukozę i syntalinę (25 mg), glukozę i insulinę (20 j). Działanie glukhormentu było w 6-ciu przypadkach umiarkowane wywołując obniżenie krzywej przecukrzenia, w 3-ch przypadkach natomiast minimalne. W żadnym przypadku glukhorment nie wywołał niedoucukrzenia. Porównanie z insuliną wykazało bezwzględną wyższość insuliny. Porównanie glukhormentu z syntaliną wykazało silniejsze działanie syntaliny przy analogicznym sposobie działania obu preparatów przyczem naogół niezauważono objawów toksycznych jak przy syntalinie. Glukhorment nie nadaje się do leczenia cukrzycy powikłanej kwasicą, można go stosować jedynie w przypadkach lekkich celem przyspieszenia działania djety. Glukhorment zawiera prawdopodobnie pochodną guanidyny co tłumaczy podobne działanie obu preparatów.

Nr. 59 z r. 1928.

J. Chalier i M. Levrat: *Owrzodzenia Bouveret'a w przebiegu duru brzusznego i ich znaczenie prognostyczne.* Występują najczęściej w 2 tygodniu duru brzusznego pod postacią płaskich owalnych owrzodzeń błony śluzowej, na przednich łukach podniebienia, często obustronnie, wielkości kilku milimetrów do 1—2 cm o dnie szarawo - białem o brzegach równych, gojące się po upływie 1—2 tygodni bez pozostawienia blizny. Autorowie obserwowali 83 przypadków owrzodzeń zwracając równocześnie uwagę na śmiertelność, krwotoki i przebicia jelit i inne powikłania. Przypadki duru brzusznego bez owrzodzeń wykazywały nieco mniejszą śmiertelność niż przypadki z owrzodzeniami u których choroba przebiegała naogół o wiele cięższej, o wiele częściej występowały u tych chorych krwotoki jelitowe a szczególnie perforacje występowały o wiele częściej niż u chorych bez owrzodzeń.

M. Scheps (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Narkose und Anaesthesie.

Nr. 5. 1928.

E. Schneider: *Pernocton.* Autor stwierdził doświadczalnie, że pernokton w małych ilościach nie uszkadza ośrodków życiowych — działa jednak świście na mózg. Zwierzęta zasypiają, tracą przytomność, jednak reagują na ból. Pobudliwość odruchowa pozostaje zachowana a nawet się wzmaga.

Średnie dawki, które nie są konieczne do zniesienia świadomości, prowadzą przy nieostrożnem wstrzykiwaniu 10% roztworu z łatwością do zapadu naczynio - ruchowego wzgl. do nagłego obniżenia ciśnienia krwi przy równoczesnem obniżeniu wydolności oddechowej. Powrót do stanu prawidłowego następuje szybko.

Większe dawki nie wpływają praktycznie na głębsze zniesienie świadomości, są jednak niebezpieczne, mogąc powodować niebezpieczny zapad naczynioruchowy.

Na podstawie klinicznych i pracownianych doświadczeń należy uważać pernokton za wystarczający do usypiania. Trzeba

tylko dążyć do usunięcia stanów podniecenia, powodowanego właściwością molekułu.

L. Lendle: *Badania doświadczalne nad dawkowaniem i wydalaniem avertyny.* Podawanie avertyny refr. dos. (śródotrzewnowe wstrzykiwania szczurom) powoduje zmniejszenie siły działania a przy jednakowo-działającem dawkowaniu przedłużenie czasu uśpienia.

Średni czas budzenia się po śródbrzusznem wstrzyknięciu 10% dawki pośmiertnej wynosi 172', 20% zaś 137'.

Czas budzenia się szczurów, będących na czczo jest przedłużony. Środki przyspieszające budzenie się są bez wpływu na wydzielenie awertyny z ustroju. Jedynie lobelina i cardiazol przyspieszają budzenie się.

Insulina podawana przed i po uśpieniu nie wpływa na wcześniejsze budzenie się. Natomiast zwierzęta, którym podawano thyroxynę budzą się szybciej.

Nr. 4. 1928.

P. Bosse i Schlockwerder: *Dotychczasowe wyniki po dożylnem stosowaniu pernoktonu.* Pernokton jestto 10% wodny roztwór dwu-butyl-brompropenylbarbiturynianu sodu. Jego budowa jest oparta na tej samej zasadzie, co znanego środka nasennego noktalu.

½ — 1 godz. przed zabiegiem podaje się morfinę, pantopon lub morfinę z atropiną, następnie wstrzykuje się do żyły łokciowej 4 — 6 cm 10% roztworu pernoktonu w przeciągu 2 — 3 minut. Przeciętna dawka tego środka wynosi 1 cm na 12.5 kg wagi. Przed wykonaniem cięcia skórnego dodaje się kilka kropli eteru lub chloroformu. Pozatem zabieg odbywa się bez dodatkowego uśpienia. Zwiotczenie powłok brzusznych jest zupełne. Dopiero przy szwie otrzewnowym musi się znowu dodać nieco eteru wzgl. chloroformu.

Ten sposób usypiania zaoszczędza 50 — 80% środków usypiających. Od czasu stosowania uśpienia dożylnego stały się zbędnymi narzędzia zapobiegające duszeniu się. Od tego też czasu nie widzi się zapalenia płuc zachłyst.

Przedłużony sen po zabiegu jest dla chorych błogosławieństwem, ponieważ nie cierpią oni z powodu pierwszego bolu pooperacyjnego. Po obudzeniu się mogą zaraz zacząć pić, nie cierpiąc z powodu wymiotów.

Przeciwwskazań w chirurgji i ginekologji do tego sposobu usypiania niema. Małe dzieci znoszą je równie dobrze jak starcy. Specjalne pole do stosowania pernoktonu to przypadki z ciężkiem schorzeniem płuc, serca, wątroby, nerek, miażdżycą i charłactwem w których to przypadkach nie możemy zastosować uśpienia chloroformem wzgl. eterem.

Jedyna wada — to niemożność natychmiastowego obudzenia chorego.

Pernokton wyrabia firma J. D. Riedel. Berlin-Britz w fiolkach po 2.2 cm.

H. Schmidt: *Powierzchowne i głębokie usypianie zapomocą gazu rozweselającego w praktyce poliklinicznej.*

R. Patryj: *Doświadczenia nad możnością stosowania numalu celem usypiania.* Numal czyli kwas allylisopropylbarbiturowy wyrabiany przez firmę La Roche w Bazylei zastosował autor w 50 przypadkach.

Podany w ilości 1 cg na kilogram wagi powoduje głęboki sen, bez poprzedniego stanu podniecenia. Po 3 — 4 godz. ustępuje uśpienie, jednak zamroczenie znika dopiero w przeciągu 24 godzin.

W 5 przypadkach obserwował autor po zabiegu podniecenie, które utrudniało prawidłowy bieg czynności personalu. (Po somnifenie zaburzenie to występuje częściej).

Zalety tego środka są podobne jak pernoktonu.

Janik (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XVII. Posiedzenie z dnia 25. V. 1928.

Przewodniczący: kol. Ziembicki.

I. Kol. Przewodniczący komunikuje, że w czasie Zielonych Świąt odbędzie się 100-letni jubileusz Ossolineum.

II. Kol. Stanisława Adamówna (klin. neur.) omawia przypadek *z kurczami powiek po zapaleniu mózgu.* Chory przeszedł śpiączkę w r. 1924. W kilka tygodni po zachorowaniu wystąpiło przymusowe mruganie, od roku zaś napadowe, mimowolne opadanie powiek połączone ze skurczem tonicznym mięśni okrężnych oczu, powtarzające się co kilka do kilkunastu minut i znikające we śnie. Chory umie zwalniać skurcz przez silne potarcie górnego brzegu oczodołu. Prócz tego oczopląs i zaznaczone zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym. Drugi chory z analogicznemi zaburzeniami ruchowymi w powiekach przeszedł śpiączkę przed 7 laty, następnie był zupełnie zdrów.

Przymusowe ruchy w powiekach są rodzajem hiperkinezy, wywołanej przez śpiączkę zmianami w zwojach podstawowych. W piśmiennictwie z lat ostatnich opisano analogiczne skurcze powiek w niewielu tylko przypadkach.

U przedstawionego chorego istnieje poza tymi ruchami objaw wrodzony polegający na tem, że przy obniżaniu żuchwy, przy wysuwaniu do przodu i przesuwaniu na stronę prawą, unosiła się opadnięta od urodzenia lewa powieka. Jest to znany od r. 1863 Markus Gunnphenomen, „Jaw winking" Anglików i polega prawdopodobnie na anomalji anatomicznej tego rodzaju, że m. levator palpebrae superioris unerwiony jest przez gałązkę motoryczną n. trójdzielnego.

III. Kol. Groer wygłasza odczyt p. t.: *„Dzisiejsze stanowisko w sprawie Dicków"* (przeznaczone do druku).

W dyskusji kol. Lipiński pomija w zupełności zastrzeżenia natury czysto teoretycznej i podkreśla znaczną wartość kliniczną odczynu Dicków. Przytacza prace autorów zagranicznych, którzy zgodnie wskazują na wartość praktyczną odczynu. I tak: za poparciem Ministerstwa i pod kierunkiem Kliniki Budapeszteńskiej wykonał Johan odczyn Dicków u 12.000 dzieci. Wyniki odczynu były zadawalniające. Odczyn Dicków pozostawał w związku z wrażliwością na płonicę. Schabanowa i Müller wykonali odczyn Dicków u 500 dzieci i na podstawie swoich spostrzeżeń potwierdzają badania autorów amerykańskich. Friedemann i Deicher przyznają również praktyczną wartość odczynowi Dicków. Bardzo cenne są spostrzeżenia Smitha i Taylora, którzy na oddziałach szpitalnych spotykali się z zakażeniem płonicą wyłącznie u osób z dodatnim odczynem Dicków. Osoby z ujemnym odczynem okazywały się podług nich niewrażliwe na płonicę. Uzupełnieniem spostrzeżeń wspomnianych autorów są obserwacje Nesbitha, który podnosi wartość rozpoznawczą odczynu Dicków, zaznaczając, że u Dick-dodatnich dzieci spotkał się trzykrotnie z zapadnięciem na płonicę, natomiast ani razu u dzieci z ujemnym odczynem. Bokay potwierdza wyniki otrzymane przez Dicków podnosząc dużą wartość odczynu przy zwalczaniu płonicy. Lenart, Georg i Sandor podkreślają wartość odczynu Dicków jako sprawdzianu wrażliwości na zakażenie płonicą. Badanie Teichmana, Kundratitza, a zwłaszcza Nobla i Schönbauera, którzy wykazali, że dodatni odczyn Dickow nie zmienia się po przebyciu innych chorób, przemawiają silnie za swoistością odczynu. Również i własne spostrzeżenia, poczynione na oddziale zakaźnym lwowskim, zwłaszcza przy epidemji płonicy w roku 1926, przekonały Lipińskiego o dużej wartości klinicznej odczynu Dicków. Mimo niejednokrotnie ścisłego kontaktu osobnika zdrowego z osobnikiem płoniczym, nie spotykał się Lipiński nigdy z zakażeniem płonicą przy ujemnych odczynie Dicków. Lipiński wskazuje na pracę ogłoszoną w zeszłym roku wspólnie z Doc. Gąsiorowskim (Nr. 13, Polska Gazeta Lekarska), gdzie spostrzeżenia, poczynione na znacznym materjale, doprowadziły do następujących wniosków. 1) Odczynowi skórnemu Dicków należy przyznać wartość doborowego wskaźnika wrażliwości względnie niewrażliwości ustroju na działanie jadu płonicy. 2) Ujemny wynik odczynu jest dowodem odporności ustroju na działanie jadu płonicy. 3) Dodatni odczyn występuje głównie u osób, które nie przechodziły płonicy, a tylko w pewnym odsetku u świeżych i dawnych ozdrowieńców, jako następstwo konstytucyjnej nieudolności ustroju do wytwarzania swoistych przeciwjadów, względnie z powodu zniknięcia z ustroju wolno krążących antytoksyn. 4) Wobec różnorodności jadów nadaje się jedynie do użytku toksyna wielowartościowa, któraby zawierała wszystkie typy jadów. 5) Odczyny rzekome można i bezwarunkowo należy usunąć drogą odpowiedniego oczyszczenia toksyny tak, by wykonywanie prób kontrolnych jadem ogrzanym stało się zbyteczne. 6) Byłoby wskazane wypróbować toksynę silniejszą, zawierającą w 0,1 ccm, 4 dawki skórne. 7) Przy uwzględnieniu powyższych warunków uniknie się dotychczasowych błędów techniki wykonywania i odczytywania odczynów, a temsamem fałszywych wniosków, osłabiających swoistą wartość skórnego odczynu Dicków.

Prym. Lipiński powołuje się na wyniki szczepień ochronnych, wykonanych wspólnie z doc. Gąsiorowskim u blisko 6 tysięcy osób z Dickiem dodatnim i zaznacza, że szczepienie ochronne spełniło pokładane nadzieje. Wszystkie dane przemawiają zatem, że drogą planowego, w umiejętny sposób wykonywanego szczepienia, potrafi się w znacznej mierze unieszkodliwić działanie tak zgubnej plagi, jaką jest płonica. Na oddziale zakaźnym spotykał się Lipiński wyjątkowo z płonicą u osób szczepionych.

U wszystkich osób wspomnianych przebieg był lekki. Przechodząc do omówienia ostatniej zdobyczy t. j. anatoksyny płoniczej, podkreśla, że anatoksyna, jak dotychczas, nie spełniła pokładanych nadziei. Na podstawie własnego doświadczenia, na materjale obejmującym przeszło 100 osób szczepionych anatoksyną płoniczą, przestrzega przed jednorazowem szczepieniem anatoksyną, jak to polecają autorowie warszawscy. Nawet po dwurazowem i trzykrotnem szczepieniu anatoksyną płoniczą, kontrolny odczyn Dicków, wykonany w kilka tygodni po ukończonem szczepieniu, bywał dodatni.

Przechodząc do omówienia wartości leczniczej surowicy przeciwpłoniczej wskazuje na wyniki lwowskiego oddziału zakaźnego. Wyniki te streszczają się następująco: 1) Surowicę przeciwpłoniczą P. Z. H. w Warszawie stosowano na oddziale w 500 przypadkach płonicy. 2) Surowica przeciwpłonicza okazała wybitny wpływ na objawy zatrucia jadem płoniczym. W przeciągu kilkunastu do kilkudziesięciu godzin usuwała stany zamroczenia, poprawiała wyraźnie akcję serca, powodowała zblednięcie osutki. 3) Należy ją podawać przy płonicy ciężkiej, toksycznej i średnio - ciężkiej, w każdym przypadku, możliwie jak najwcześniej, domięśniowo lub dożylnie w ilościach 10 do 20 ccm. 4) Krytyczny spadek ciepłoty spostrzegano na lwoskim oddziale zakaźnym w 60% pomyślnych wyników, reszta przypadków cechowała się powolnym spadkiem ciepłoty do dwóch dni. 5) Chwilowy spadek ciepłoty per crisim i następowe wzniesienia ciepłoty choćby lekkie, wskazuje na początek schorzenia skórnego. 6) Surowica przeciwpłonicza nie ma wpływu na występywanie schorzeń wtórnych. Występują one równie często i z tem samem nasileniem, jak w przypadkach pozostawionych bez surowicy. 7) Należy pamiętać o powikłaniach płonicy błonicą nosa, gardła i krtani, które w ostatniej epidemji, podług obliczeń poczynionych na materjale lwowskiego oddziału zakaźnego, dochodziły do 6%. W przypadkach wątpliwych, należy natychmiast podać surowicę przeciwbłoniczą, nie czekając na rozpoznanie bakterjologiczne.

XVIII. Posiedzenie z dnia 1. VI. 1928.

Przewodniczący: kol. Ziembicki.

Kol. Szuperski przedstawia cztery przypadki *twardziny skóry*, wskazuje na różne tło etiologiczne, specjalną zwracając uwagę na zaburzenia w gruczołach wkrewnych (ważną w tym względzie oddaje przysługę przemiana gazowa), uwzględnia także schorzenie spinalnych centrów wegetatywnych.

W leczeniu mówca radzi stosować organoterapję wielogruczołową, naświetlanie prom. Roentgena odpowiednich odcinków rdzeniowych, a wreszcie środki rozszerzające naczynia.

W dyskusji kol. St. Ostrowski omawia celowość ujmowania zagadnienia twardziny skóry ze strony internisty w łączności z dermatologiem. Mówca przypomina podobieństwo w utkaniu histolog. pomiędzy zanikiem a twardziną, mimo różnicy w wyglądzie klinicznym, przechodzi pokrótce etapy poglądów na twardzinę i zgadza się ze stanowiskiem przedmówcy, że twardzinę należy zaliczyć do schorzeń wkrewno-wegetacyjnych. Mówca podnosi jednak, że stwierdzenie schorzenia jednego lub więcej gruczołów dokrewnych nie tłumaczy mechanizmu powstawania twardziny, nie można bowiem osądzić czy one są przyczyną tej jednostki czy też współczesnem schorzeniem na tle zmian w ośrodkach nerwowych.

Kol. Goldschlag przypomina podział twardziny na miejscową i uogólnioną; uważa przedstawione przypadki jako sclerodermia progressiva. Mówca uważa, że przypadki te przebiegają niekiedy dobrotliwie i zapytuje, co uważa się jako kryterjum powodzenia leczniczego.

Ponadto przemawiali kol. Sochański i referent.

II. Kol. Jankowski przedstawia przypadek *akromegalji* z nadmiernem uwłosieniem skóry tułowia. Podaje wyniki badania szczegółowego i szeregu badań klinicznych dodatkowych. Zwraca uwagę na zachowanie się podstawowej przemiany materji i reakcji dynamicznej białka, a mianowicie: na czczo rano —21% (RQ:0'94); po podaniu białka w 1 godz. —28% (RQ 0'94), w 2 godz. —44% (RQ 0'70), w 3 godz. —32% (RQ 0'82), w 4% (RQ 0'84), w 5 godz. +11% (RQ 0'77). Omawia pokrótce etiologię akromegalji i zwraca uwagę na pewne czynniki poza przysadką, jak układ wegetatywny i inne gruczoły wkrewne, przedewszystkiem gruczoły płciowe.

W dyskusji przemawiali kol. Sochański, Elmer i referent.

III. Kol. Przewodniczący odczytuje: 1) pismo Dyrekcji państw. Zakładu Higjeny o otworzeniu 6 mies. kursu dla lekarzy higjenistów; 2) pismo z podziękowaniem za kondolencje od rodziny ś. p. prof. Rostafińskiego; 3) ogłasza termin jubileuszu naszego Towarzystwa.

IV. Kol. Lipiński wygłasza wykład: *Własna metoda leczenia pasorzytów przewodu pokarmowego.* (Przeznaczone do druku).

W dyskusji kol. St. Ostrowski zapytuje, czy działanie Stovarsolu należy uważać, jako działanie bezpośrednie, zabijające robaki czy też pośrednie, przez podniesienie sił ustroju.

Kol. Goldschlag przestrzega przed dużemi dawkami Stovarsolu i zaleca stosowanie dawek próbnych.

Kol. Ziembicki zaleca wypróbowanie ol. Henopodi w stosunku do cianki, gdyż jak wiadomo inne robaki a zwłaszcza ascaris l. giną bezwzględnie.

Odpowiada referent.

XIX. Posiedzenie z dnia 8. VI. 1928.

Przewodniczący: kol. Ziembicki.

I. Przewodniczący odczytuje pismo Min. Spr. Wewn. Gen. Dyr. Zdr. w sprawie specyfików oraz pismo Gremjum Aptekarzy, które zwraca się do Wydziału Tow. Lek. z prośbą o pozwolenie wydrukowania referatu Towarzystwa naszego o specyfikach w swojem czasopiśmie.

II. Kol. Demianowska przedstawia: a) chorą z rozpoznaniem *sclerosis multiplex*, b) chorą z *pseudosclerosis.*

W dyskusji: ad a) kol. Musiał podnosi, że przed wystąpieniem zespołu objawów sclerosis mult. występuje niejednokrotnie jako objaw wczesny — *neuritis retrobulbaris*

III. Kol. Parnas wygłasza oparty na własnych badaniach wykład: *„O zmianach chemicznych w mięśniu w czasie spoczynku i pracy"*. (Przeznaczone do druku).

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 18 maja 1928 r.

1. Kol. Jaworski przedstawia chorych: 1) Pacjentka w styczniu b. r. przebyła poronienie, poczem wystąpiły dreszcze i cuchnące upławy. Po wyskrobaniu macicy kilkodniowe polepszenie, następnie znowu gorączka, dreszcze, ropne upławy i bóle w l. boku. Stwierdzono powiększenie śledziony i obecność wysięku zapalnego w opłucnej, który z surowiczego przeszedł stopniowo w wysięk ropny z domieszką krwi. W dalszym przebiegu choroby ustalono ropień śledziony i wtórne zapalenie opłucnej, i przystąpiono do zabiegu. W miejsce śledziony znaleziono jamę wypełnioną ropą i resztkami tkanki śledziony. Obecnie stan chorej jest zupełnie dobry.

II. Chora l. 47 z carcinoma recti. Przy badaniu wyczuwało się guz wysoko umieszczony, ruchomy. W gruczole z okolicy odbytnicy badanie histologiczne wykazało przerzut raka gruczołowego. Wykonano resekcję jelita z zachowaniem sphinctera i levatorów w świetle odbytnicy znaleziono guz o typowym kalafiorowatym wyglądzie, wychodzący z błony śluzowej. Stan ogólny chorej poprawia się po zabiegu.

III. Chora miewała ataki kamicy nerkowej po kilkanaście na miesiąc. Rentgenoskopja wykazała obecność 2 kamieni w moczowodzie. Cewnik moczowodowy natrafił przy cystoskopji na jedną przeszkodę na wysokości 5 cm ponad ujściem moczowodu do pęcherza, dopiero przy drugiej cystografji udało się wprowadzić go do miedniczki. Wykonano zabieg operacyjny; niżej leżący kamień przesunięto ku górze i wyjęto, głównego nie znaleziono wcale w moczowodzie. Następnie rentgenoskopja wykonana przy założonym cewniku, wypełnionym argentum colloidale, wykazała, że twór uważany poprzednio za kamień w górnej części moczowodu leży poza moczowodem — prawdopodobnie jest to zwapniały gruczoł chłonny. Przebieg pooperacyjny leczenia był i w tym przypadku zupełnie pomyślny.

2. Kol. Drożdż przedstawia chorego chłopca 10-letniego z dystrophia musculorum progressiva Erb. Przed dwoma laty wystąpił niedowład kończyn i obecnie wyraźne są zaniki mięśni ramion, lordosis i pseudohypertrophia mięśni łydek.

3. Kol. Śląski przedstawia chorą dziewczynkę kilkoletnią, u której w przebiegu ospy wietrznej wystąpiły objawy zapalenia opon mózgordzeniowych, potwierdzone badaniem płynu m.-rdz., a następnie zapalenie przyusznicy. Kol. Śląski wyraża przekonanie, że zapalenie opon m. rdz. uważać należy za powikłanie raczej ospy wietrznej, jakkolwiek przypadków podobnych dotychczas nie opisywano, niż za następstwo zapalenia przyusznicy, której obrzęk wystąpił później, niż objawy oponowe.

4. Kol. Morozowa przedstawia preparat sekcyjny perlaka (cholesteatoma) opon miękkich mózgu. Guz wielkości mandarynki leżał na dolnej powierzchni płatu skroniowego i uciskał tkankę mózgową, nie wrastając w nią. Makroskopowo i histologicznie guz

przedstawia typowy obraz perlaka. Kol. Płaczkiewicz uzupełnia pokaz podaniem historji choroby pacjenta.

W dalszym ciągu posiedzenia kol. Chromiński odczytał referat: „O układzie siateczkowo-śródbłonkowym“ w którym streścił wyniki badań nad fizjologią i patologią tego układu“.

Dr. Morozowa, sekretarz.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Juljusz Morawski.

Ś. p. Juljusz Morawski urodził się w dalekiej Kowieńszczyźnie. Po ukończeniu studjów uniwersyteckich w Warszawie i uzyskaniu w r. 1906 dyplomu lekarskiego w Kazaniu, rozpoczął swoją pracę jako lekarz fabryczny na południu Rosji, ale już w następnym roku przeniósł się do zakładu psychjatrycznego, Kochanówki pod Łodzią, ażeby pracować w kraju.

Po roku celem pogłębienia swoich wiadomości psychjatrycznych, przyjechał do kliniki krakowskiej, a stąd na dalsze studja udał się za granicę. Dwa lata przebył w Lozannie, jako asystent kliniki psychjatrycznej, poczem przeniósł się do Wiednia i tu, chcąc za wszelką cenę kontynuować swoje studja, zostaje lekarzem domowym ciężko chorego, dzieli swój czas pomiędzy pracowniami naukowemi i klinikami a nocnem czuwaniem nad umysłowo chorym.

Po powrocie z zagranicy w r. 1913 aż do wybuchu wojny powraca znów do Kochanówki. Tam zastała Go wojna.

I teraz dopiero zaczyna się prawdziwa odyseja, pełna przygód, niebezpieczeństw, a przedewszystkiem przychodzą długie lata niezmiernie wyczerpującej pracy.

Jako lekarz wojskowy armji rosyjskiej pracuje z początku na froncie, prowadzi ewakuacyjny punkt czołowy w Białymstoku, Dynaburgu, Warszawie, pełni obowiązki w Moskwie w psychjatrycznej organizacji Czerwonego Krzyża, następnie — w szpitalu infekcyjnym w Carycynie, na pograniczu Azji, wreszcie, za czasów bolszewickich w charakterze ordynatora szpitala psychjatrycznego w Gedeonówce guberniji Smoleńskiej, skąd pierwszym t. zw. eszelonem powraca do kraju w r. 1921.

Tu z początku pracował jako prymarjusz krajowego zakładu psychjatrycznego w Kocborowie, na Pomorzu, a od r. 1922, jako prymarjusz w Kobierzynie. W r. 1925 został tegoż zakładu dyrektorem.

Powyższe fakty świadczą wymownie, jak ciężkie były warunki życia i pracy ś. p. Juljusza Morawskiego. A jednak ani na chwilę nie osłabiły w nim zamiłowania i zapału do swego zawodu.

Jako dyrektor państwowego Zakładu psychjatrycznego położył ś. p. Morawski ogromne zasługi.

Pod względem lekarskim i administracyjnym postawił Kobierzyn na wysokim poziomie.

Potrafił doprowadzić organizację opieki lekarskiej do takiego stanu, że przeszło 70% chorych zajętych jest pracą w warsztatach, na roli lub w ogrodzie.

Ten fakt świadczy najlepiej o olbrzymim nakładzie pracy i niewyczerpanej dobrej woli ś. p Juljusza Morawskiego potrafił nią natchnąć cały personal zakładu.

Kto ostatniemi czasy zwiedzał Kobierzyn tego niechybnie uderzał schludny i estetyczny wygląd sal chorych, przypominający bardzo wnętrzne domu mieszkalnego. I ogólne wrażenie pozostawało — pogodne, ciepłe i miłe.

To wszystko zawdzięcza Kobierzyn niestrudzonym zabiegom i staraniom ś. p. Juljusza Morawskiego.

Śmiało dziś powiedzieć można, że Kobierzyn obecnie, jako zakład psychjatryczny, nie ustępuje w niczem najlepszym zakładom tego rodzaju w Europie, jeżeli ich nie przewyższa moralną atmosferą, jaka tam panuje.

Będąc świadkiem prawdziwych tragedyj rodzinnych, kiedy żaden szpital ani zakład, a więc i Kobierzyn z powodu ogromnego przepełnienia nie mógł przyjąć ciężko umysłowo chorego, ś .p. Juljusz Morawski był jednym z pierwszych, którzy podjęli myśl stworzenia w Krakowie opieki pozazakładowej czyli t. zw. psychiatria extra muros. Owocem tych usiłowań było powołanie do życia przed dwoma laty Twa Opieki nad psychicznie chorymi, które poza celami rozbudowy psychjatrji społecznej w kraju było przedewszystkiem wielkim apelem do społeczeństwa, głośnem wołaniem o pomoc. Two to wydało propagandową broszurę ś. p. Juljusza Morawskiego: „O zapobieganiu chorobom umysłowym“.

Poza tem ś. p. Juljusz Morawski z zamiłowaniem oddawał się pracy naukowej.

Jego dorobek naukowy stanowi dwadzieścia kilka prac, świadczących o rozmaitości zainteresowań Zmarłego. Są tam prace z zakresu lecznictwa chorób umysłowych, z zakresu dziedziczności w chorobach umysłowych, z zakresu anatomji i fizjologji układu nerwowego.

Pomimo ogromu pracy, jaką Zmarły poświęcał Zakładowi, potrafił On zawsze znaleźć czas na branie czynnego udziału w dorocznych pracach Zjazdów psychjatrów polskich oraz w zebraniach naukowych Krakowskiego Towarzystwa neurologicznego i Krakowskiego Twa psychjatrycznego.

W uznaniu działalności naukowej ś. p. Juljusza Morawskiego Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego mianował Go w czerwcu 1925 r. docentem psychjatrji.

Mając do dyspozycji duży materjał psychjatryczny Zmarły przyczyniał się swojemi wykładami do pogłębiania studjów psychjatrycznych wśród słuchaczy, do których odnosił się po przyjacielsku i z serdecznością.

Całe życie ś. p. Juljusza Morawskiego cechowała cicha, nie lubiąca rozgłosu ofiarna praca, przepojona niezwykle humanitarnym stosunkiem do umysłowo chorego.

Pracował nie pokładając rąk, nie szczędząc siebie.

I w życiu i w pracy był człowiekiem nieskazitelnej uczciwości i prawości. W serdecznym żalu z powodu bolesnej straty, jaką poniosła dziś psychjatrja polska składamy w imieniu Wydziału lekarskiego U. J., w imieniu Głównego Zarządu Krakowskiego Twa psychjatrycznego i Krakowskiego Twa Neurologicznego ś. p. Juljuszowi Morawskiemu wyrazy hołdu.

Cześć Jego pamięci!

Jan Piltz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Zorganizowanie Zjazdu lekarzy towarzystw okrętowych. Urząd Emigracyjny zamierza zorganizować w Warszawie zjazd lekarzy, dokonywujących badania emigrantów z ramienia towarzystw okrętowych. Celem zjazdu, do którego czynione są odpowiednie przygotowania, jest dokładne zaznajomienie lekarzy tow. okrętowych, z przepisami sanitarnemi państw imigracyjnych, zwłaszcza Stanów Zjedn. Ameryki Półn. i Kanady oraz ujednostajnienia metod badania emigrantów. (Biuletyn Urzędu Emigracyjnego Nr. 20, 1928).

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Dnia 30 listopada r. b. o godz. 8.30 w. w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbyło się posiedzenie odczytowo-dyskusyjne, na którem, po komunikatach Zarządu, wygłosił odczyt Dr. med. Bolesław Jakimiak: Sprawozdanie z 2 zjazdu lekarzy słowiańskich.

Lwów.

Dr. Jan Grek, docent i adjunkt II-giej Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu J. K. we Lwowie został zamianowany nadzwyczajnym profesorem patologji szczegółowej na tym Uniwersytecie.

Redakcja otrzymała

Prof. E. Poulsson: „O działaniu tranu dorszowego i o jego stosowaniu leczniczem“. Wyd. Urzędowego Komitetu propagandy Norweskiego tranu leczniczego. Warszawa 1928.

Schindlerówna S.: „Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu starozakonnych w Warszawie“. Warszawa 1928, nakład Bern. Weingarta, Członka Zarządu T. P. S. P. (Towarzystwo popierania Szkoły pielęgniarstwa).

Kwaskowski Wilh.: „O zamknięciu t. zw. tamy wątrobowej w związku z chorobą płoniczą“. Odb. z „Pedjatrji Polskiej, Tom VIII, zesz. 4, 1928.

Henryk Higier: „O powrotnych postaciach chorób układu nerwowego“. Odb. z Warsz. Czas. lek. Nr. 9 z r. 1927.

Henryk Higier: „Historja medycyny u nas“. Odb. z Warsz. Czas. lek. z 7 czerwca 1928.

Henryk Higier: „Stanowisko myotonji zwykłej czyli choroby Thomsena i myotonji dystroficznej czyli choroby Steinerta do myokymji i tężyczki“. Medycyna Nr. 19—20 z r. 1928.

Markowski Józef: „Ucho“, jako Tom IV, część III, dzieła „Anatomja człowieka“, wydawanego pod redakcją prof. Ciechanowskiego, nakładem Polskiej Akademji Umiejętności. 1928.